

Niveau(x) d'enseignement: 4
Centre d'intérêt: 930

Numéro EDUG : 8370857

Laberge, Robert.

Education à la sexualité : perfectionnement des enseignants(es) du secondaire : Notes de cours / Robert Laberge. -- Montréal : Commission des écoles catholiques de Montréal, Service des études, 1983.
108 p. ; 28 cm.

Bibliogr.: p. 97-98.

Cote Dewey: /

Cote LC: /

Descripteur(s): *Education sexuelle *Perfectionnement des enseignants
*Manuel scolaire *Secondaire (Niveau)

Destiné aux enseignants du secondaire suivant un cours de perfectionnement en vue d'enseigner l'éducation à la sexualité, ce volume comporte sept volets abordant successivement: 1. le cycle menstruel; 2. l'anatomie des organes génitaux masculins; 3. la contraception; 4. les maladies transmises sexuellement; 5. l'identité sexuelle; 6. l'amour; 7. l'intérêt sexuel.

Type de document: d
Auteur de l'analyse: ar

OFFICE OF THE
SECRETARY OF THE ARMY
WASHINGTON, D. C.
1914
1915



LA COMMISSION
DES ÉCOLES CATHOLIQUES
DE MONTRÉAL

E D U Q 8370857

CĒCM

SERVICE DES ÉTUDES

Éducation à la sexualité

Perfectionnement des enseignants(es) du secondaire

— notes de cours —

ROBERT LABERGE
CONSEILLER PÉDAGOGIQUE
ÉDUCATION À LA SEXUALITÉ

MONTRÉAL, FÉVRIER 1983

SERVICE DES ÉTUDES

É D U C A T I O N À L A S E X U A L I T É

PERFECTIONNEMENT DES ENSEIGNANTS(ES) DU SECONDAIRE

N O T E S D E C O U R S

Robert Laberge
Conseiller pédagogique
Éducation à la sexualité

Montréal, février 1983

TABLE DES MATIÈRES

	Page
Cycle menstruel	4
Anatomie des organes génitaux masculins	15
Contraception	28
M.T.S.	62
Identité sexuelle	72
L'amour	83
Intérêt sexuel	99

CYCLE MENSTRUEL

LES PHASES DU CYCLE MENSTRUEL

Le cycle menstruel peut être divisé en cinq phases: la phase menstruelle, la phase pré-ovulatoire ou proliférative, la phase ovulatoire, la phase post-ovulatoire ou sécrétoire et la phase sécrétoire pré-menstruelle.

1 - Phase du cycle menstruel

PHASE MENSTRUELLE

Il s'agit des règles ou menstruations. La première journée des menstruations est généralement considérée comme étant le premier jour du cycle menstruel, ce qui en réalité n'est pas tout à fait juste étant donné qu'il s'agit de la période de desquamation de l'endomètre survenant à la suite de la dégénération du corps jaune. Durant les menstruations, le taux d'oestrogène et de progestérone dans le sang est bas ce qui, par un mécanisme complexe de rétroaction, incitera l'hypothalamus à stimuler l'hypophyse qui, à son tour, sécrètera de petites quantités de F.S.H. et L.H. qui provoqueront la croissance de plusieurs follicules à la surface de l'ovaire. Ces follicules en croissance sécrètent de l'oestrogène. Contrairement à l'opinion la plus répandue, le flux menstruel n'est pas vraiment du sang mais plutôt un liquide hématique. Sa composition comporte environ trois quarts de sang et un quart d'eau ainsi que des restes de l'endomètre maintenant nécrosé, des cellules vaginales desquasmées et du mucus cervical.

2 - Phase du cycle menstruel

PHASE PRÉ-OVULATOIRE OU PROLIFÉRATIVE

Cette phase aussi appelée folliculaire suit immédiatement la phase menstruelle ou phase des menstruations et se termine à l'ovulation. Dès la fin des menstruations l'hypophyse, sous l'influence de l'hypothalamus, sécrète deux gonadostimulines: la F.S.H. (folliculostimuline hormone) et la L.H. (lutéine hormone). La F.S.H. aide à la maturation des cellules du follicule alors que dès le début de la phase proliférative la L.H. travaillant en synergie avec la F.S.H. stimule le follicule à fabriquer de la folliculine ou oestrogène. Cette folliculine permet à l'endomètre de se régénérer dès la fin des règles. Cette muqueuse s'épaissit rapidement et vers la quatorzième journée elle peut atteindre de deux à trois millimètres.

3 - Phase du cycle menstruel

PHASE DE L'OVULATION

Survenant au milieu du cycle vers la quatorzième journée. L'ovulation se produit à la suite d'un important pic de L.H. en synergie avec un pic de F.S.H. de moindre importance. Donc les sécrétions hypophysaires atteignent un sommet lors de la phase ovulatoire. Le taux de testostérone atteint aussi un sommet lors de la phase péri-ovulatoire. En outre, lors de cette phase, le col utérin s'ouvre et la glaire cervicale devient beaucoup plus filante et apte au transport des spermatozoïdes. Il va sans dire que la phase péri-ovulatoire est la période la plus propice à la fécondation.

4 - Phase du cycle menstruel

PHASE POST-OVULATOIRE OU SÉCRÉTOIRE

Appelée aussi phase lutéale, elle se situe normalement entre le quinzième et le vingt-cinquième jour du cycle. Sous l'effet du L.H., le follicule devenu corps jaune (ou corps progestatif) continue de fabriquer de l'oestrogène mais fabrique en plus de la progestérone. Cette production d'oestrogène et de progestérone sert à compléter la muqueuse intra-utérine en l'épaississant de plus en plus jusqu'à ce qu'elle atteigne une épaisseur de six à huit millimètres. Ce tapissage de l'endomètre par diverses glandes et cellules sert à préparer un terrain propice à la nidation advenant la fécondation de l'ovule. Il est à noter que lors de la nidation, le placenta produit aussi de l'oestrogène, de la progestérone et certaines autres hormones. Ces hormones fabriquées par le placenta empêchent la production de la F.S.H. et de la L.H. par l'hypophyse, ce qui a pour effet de rendre impossible la libération d'un second ovule durant la grossesse (étant donné que l'ovulation n'est possible qu'en présence d'un pic de L.H. et de F.S.H.). La pilule contraceptive agit de la même façon étant donné qu'elle reproduit un état de pseudo-grossesse puisqu'elle contient des hormones synthétiques ressemblant aux hormones naturelles sécrétées par les ovaires pendant le cycle menstruel.

Les sécrétions oestrogéniques ovariennes présentent deux pics, le premier et le plus important lors de l'ovulation et le second entre cinq (5) et dix (10) jours après l'ovulation. Tant qu'aux sécrétions de progestérone par le corps jaune, elles

atteignent un sommet environ huit (8) jours après l'ovulation. La sécrétion de progestérone entraîne une élévation de la température réalisant ainsi le plateau lutéal hyperthermique. Il est à noter qu'advenant une absence de grossesse la deuxième moitié du cycle (comprenant les phases sécrétoire et sécrétoire pré-menstruelle) est, contrairement à la phase pré-ovulatoire, d'une durée très peu variable c'est-à-dire ne pouvant se situer qu'entre douze à quatorze jours étant donné la viabilité limitée du corps jaune.

5 - Phase du cycle menstruel

PHASE SÉCRÉTOIRE PRÉ-MENSTRUELLE

Jours 26 - 27 et 28. La détérioration du corps jaune diminue les sécrétions d'oestrogène et de progestérone. Ce bas niveau d'hormones gonadotropines provoque la contraction des vaisseaux sanguins qui irriguent l'endomètre, diminuant de ce fait l'afflux sanguin dans cette région. Les veines minuscules et les artères de l'endomètre se rompent, libérant le sang, ce qui marque le commencement du flux menstruel. Etant donné la baisse d'oestrogène et de progestérone dans le sang, l'hypothalamus recommence à stimuler l'hypophyse qui produit les hormones F.S.H. et L.H., provoquant le début d'un nouveau cycle marqué par l'arrivée des menstruations.

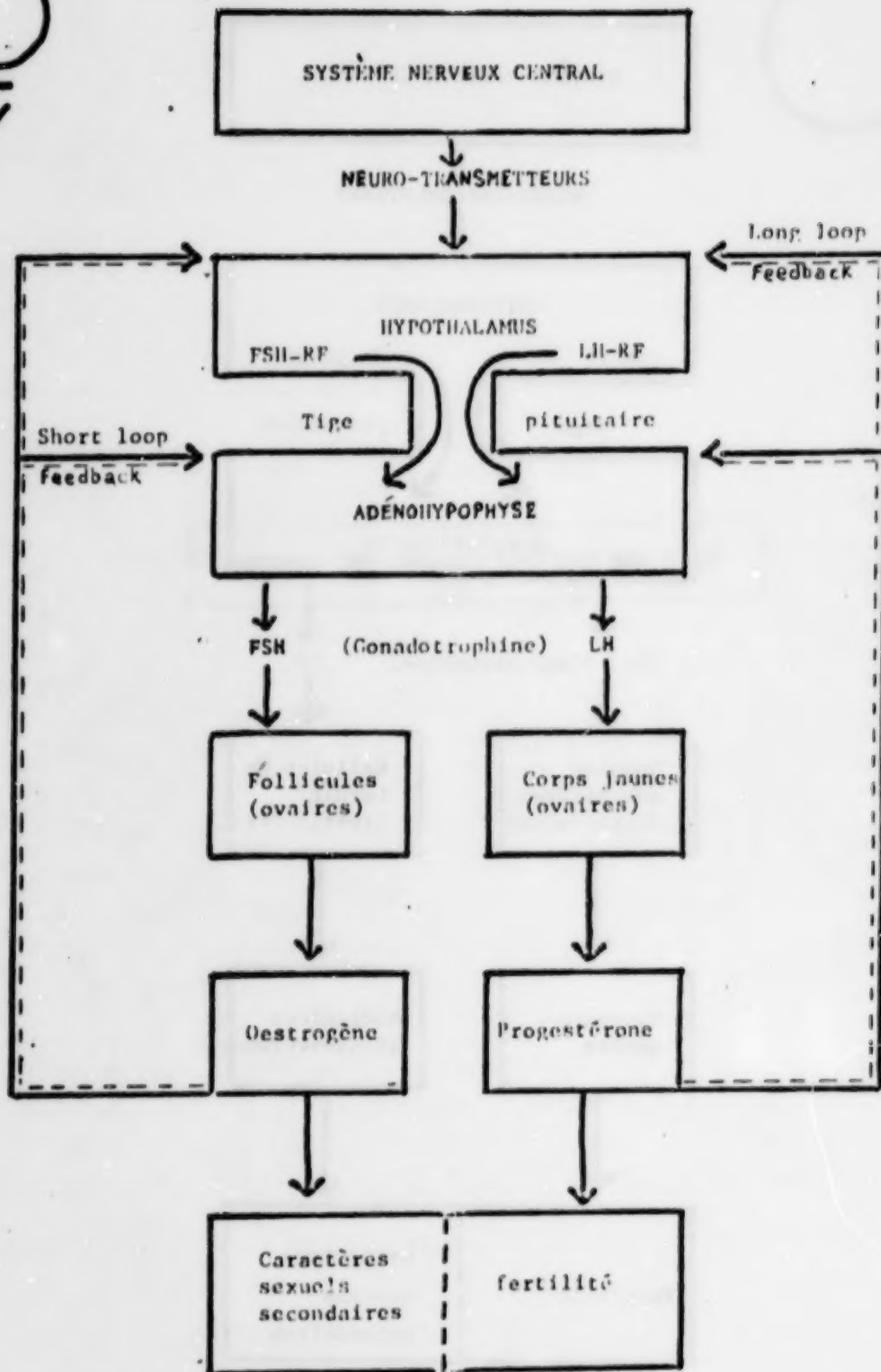
SYSTEME HORMONAL

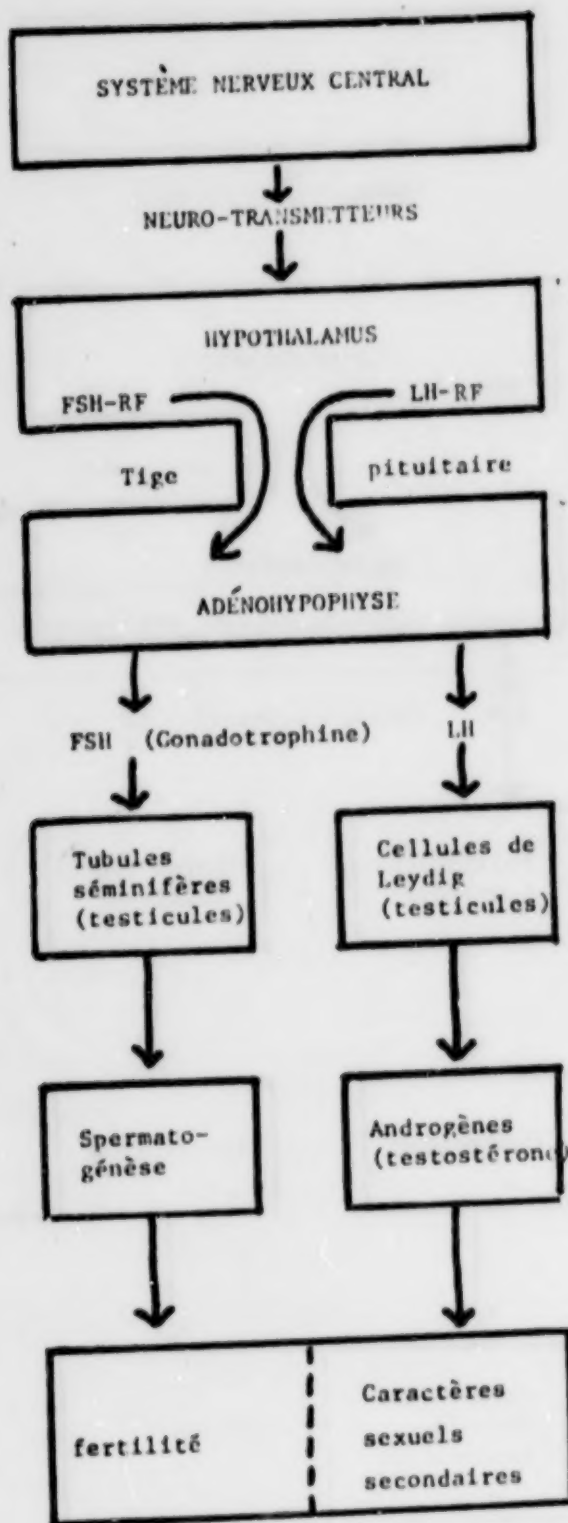
Rétroaction (feedback)

A partir du corps jaune la progestérone va provoquer une diminution de L.H. qui va entraîner à son tour une diminution du corps jaune (jusque là entretenu par la progestérone). L'absence de corps jaune = chute de progestérone.

Cette chute va agir au niveau de l'axe hypothalamo-hypophysaire entraînant une exagération de la production FSH-RF qui va stimuler la fabrication de l'oestrogène par la thèque interne de l'ovaire. Les relations entre l'hypothalamus et l'hypophyse antérieure sont indirectes; elles s'établissent par l'intermédiaire d'un réseau capillaire placé entre les deux. Tant qu'au lobe postérieur (neuro-hypophyse) il ne possède pas de cellules sécrétrices. Il est un endroit de passage, d'accumulation de produits des sécrétions des cellules neuro-endocriniennes situées dans l'hypothalamus. Les principales hormones du lobe postérieur sont la vasopressine (ADH), l'ocytocine (OC) et la dopamine (DA). La vasopressine a une action sur la pression sanguine alors que l'ocytocine joue un rôle au niveau des contractions de l'utérus et des glandes mammaires lors de l'allaitement. La dopamine, pour sa part, exerce un effet régulateur sur la quantité de prolactine qui est une hormone fabriquée par l'antéhypophyse et qui joue un rôle important dans le maintien de la capacité de fécondation. Trop de prolactine dans le sang peut provoquer l'impuissance chez l'homme ainsi que la stérilité chez l'homme autant que chez la femme. L'absence de dopamine permettra une trop grande production de prolactine avec les effets mentionnés plus haut.

L'hypothalamus sert de lien entre le système nerveux et le système endocrinien. Il est aussi sensible, tout comme l'hypophyse, à la quantité d'hormones circulant dans le sang. La rétroaction s'effectue non seulement jusqu'à l'hypothalamus mais aussi jusqu'à l'hypophyse. La rétroaction à l'hypothalamus est appelée "long loop feedback" et la rétroaction à l'hypophyse "short loop feedback".





ANATOMIE DES ORGANES GÉNITAUX MASCULINS

ANATOMIE DES ORGANES GÉNITAUX MASCULINS

Epididyme

Se compose de la tête, le corps et la queue -
Recouvre le testicule comme un cimier de casque.

Microscopiquement l'épididyme se caractérise par de petites fentes dont la paroi est fine et contient quelques fibres musculaires lisses. La face intérieure de la muqueuse est composée de deux sortes de cellules:

- a) Cellules ciliées permettant le transport des spermatozoïdes et secrètent un mucus. A ce niveau les spermatozoïdes sont encore peu mobiles car ils n'ont pas terminé leur maturation.
- b) Cellules non ciliées qui jouent un rôle pour résorber le liquide.

L'épididyme est composé d'innombrables tubes pelotonnés les uns sur les autres. Le trajet des spermatozoïdes est donc très long.

Rôle de l'épididyme: Recevoir les spermatozoïdes en voie de maturation au niveau du "rete testis" et de les conduire jusqu'aux canaux déférents. Joue aussi un rôle de stockage des spermatozoïdes et lors de l'éjaculation la contraction des fibres musculaires lisses agira sur l'expulsion des spermatozoïdes.

Pathologie: Epididymite. Peut provenir soit du rein ce qui est rare ou de l'urètre ce qui est fréquent. Donc peut faire suite à une urétrite. Le microbe peut venir de l'urètre et passant par la prostate rejoint les déférents. Peut être une inflammation et/ou une infection.

Cliniquement on peut observer une douleur importante au testicule soit au noyau de la tête, le corps ou la queue de l'épididyme.

Epididymite aigue: On observera alors une forte fièvre et une douleur chronique pouvant provoquer des troubles d'éjaculation qui devient douloureuse. L'éjaculation étant causée par des contractions de tout le système lisse c'est pourquoi il y a douleur. Une éjaculation douloureuse est très rarement d'origine psychosomatique. Cette affection peut entraîner l'impuissance par crainte de la douleur.

Traitement: Antibiotiques

Canal déférent

Il s'agit d'un long conduit de 50 à 60 centimètres de long partant de la queue de l'épididyme et remontant dans le cordon en franchissant le canal inguinal (à l'aîne) et allant se terminer par l'ampoule du déférent au niveau de la prostate.

Microscopiquement: C'est un tube dont la face interne (muqueuse) présente les mêmes caractéristiques que l'épididyme. A la périphérie on trouve une couche musculaire épaisse dont les fibres sont longitudinales. La lumière en est la partie la plus interne.

Rôle: Celui de propulser les spermatozoïdes.

Pathologie: Une déférentite. Il s'agit soit d'une infection ou d'une inflammation.

Causes: les mêmes que pour l'épididymite.

Traitement: Antibiotiques.

Les Vésicules séminales

Viennent s'aboucher à l'extrémité du canal déférent. La jonction va former le canal éjaculateur qui va perforer la prostate. Une vésicule séminale est un sac, un réservoir mesurant de 4 à 5 centimètres de long.

Microscopiquement: même structure que le canal déférent mais avec une couche musculaire très fine.

Physiologie: Son rôle est de constituer un réservoir important de spermatozoïdes et de sécréter du fructose un sucre jouant un rôle nourricier pour les spermatozoïdes et constituant une partie du liquide séminal. Les vésicules séminales vont aussi sécréter un liquide qui, avec les sécrétions prostatiques, va constituer la majeure partie du volume du sperme.

Lors de l'éjaculation une contraction violente des muscles de la paroi des vésicules séminales va chasser ce liquide dans le canal éjaculateur.

Pathologie: L'infection des vésicules séminales peut entraîner des douleurs vives au moment de l'éjaculation. Le traitement consiste en des antibiotiques.

Scélérose secondaire: Il s'agit d'une infection qui obstrue les canaux et peut entraîner la stérilité car tout le système est alors atteint.

La prostate

Glande grosse comme une châtaigne située juste en dessous de la vessie et entourant le canal de l'urètre. De consistance ferme et non douloureuse à la palpation. Sa face postérieure peut être facilement palper par la voie rectale. Le toucher rectal permet de sentir une portion médiane et deux joues latérales. La portion médiane dépend des oestrogènes alors que

les portions latérales dépendent des androgènes.

A sa partie postérieure, la prostate est perforée par le canal éjaculateur. Sous la prostate se trouve le muscle transverse profond qui forme le sphincter externe de l'urètre - l'interne étant au pôle supérieur de la prostate.

Microscopiquement: Constitué de très nombreuses glandes et petits canaux. Certains canaux s'abouchant les uns aux autres. D'autres vont se jeter directement dans l'urètre par les orifices prostatiques.

Physiologiquement: Son rôle est de sécréter le liquide prostatique qui va former le sperme avec le liquide des séminales et des spermatozoïdes des testicules. Le liquide prostatique contient diverses substances dont les prostaglandines qui jouent un rôle au niveau de la pénétration des spermatozoïdes dans la glaire cervicale. Joue aussi un rôle en ce qui a trait à la tonicité utérine. On se sert aussi des prostaglandines comme abortif (avortement). Il y a des prostaglandines partout dans l'organisme: le cerveau, etc... on ignore encore beaucoup de choses à leur sujet.

Pathologie: Calculs prostatiques. Il s'agit de la formation de petits calculs au niveau des glandes de la prostate. Ce sont des pierres qui peuvent provoquer des douleurs lors de l'éjaculation. Ces calculs peuvent être mis en évidence par radiographie de l'urètre et du canal éjaculatoire. Il s'agit d'injecter un liquide opaque.

Prostatite: Il s'agit d'une inflammation et/ou d'une infection - Peut être causée par un microbe ayant migré par l'urètre. Donc, souvent secondaire à une urétrite. Souvent accompagné de fièvre et de douleurs. Le toucher rectal mettra en évidence une prostate très douloureuse.

Adénome prostatique: Symptôme: dysurie (difficulté à uriner). Nécessite une intervention pour enlever la prostate. Il s'agit d'une hypertrophie de la prostate comprimant l'Urètre. Dangereux car les reins peuvent gonfler jusqu'à se détruire (urémie). A la suite d'une ablation de la prostate il n'y aura plus d'éjaculation mais normalement la capacité de l'érection n'en sera pas affecté.

La meilleure façon de faire l'intervention:

- Utilisation d'une sonde. Au bout de la sonde on place un ballon contenant de l'azote liquide qui va geler la prostate qui s'éliminera d'elle-même. Cette façon de faire évitera tout effet secondaire pouvant réduire la capacité d'érection. L'intervention chirurgicale classique, ou il faut ouvrir est beaucoup plus risquée et en coupant certains nerfs la capacité d'érection peut être réduite.

Cancer de la prostate: le traitement le plus utilisé consiste à donner de l'oestrogène ce qui a pour effet de perturber complètement les fonctions sexuelles.

La vaginale

enveloppe du testicule provenant du péritoine.

Le crémaster

Enveloppe du testicule dérivant des muscles abdominaux. Entoure le cordon (défèrent) et descend autour du cordon et entoure le testicule comme une fronde. Il s'agit d'un muscle aussi appelé muscle crémastérien. La contraction de ce muscle provoque l'élévation des testicules jusqu'au canal inguinal.

Reflexe crémastérien: élévation du testicule par contraction réflexe du crémaster. Permet de prouver le bon fonctionnement de l'arc réflexe.

Scrotum

La peau du scrotum est issue de la peau de l'abdomen. Cette peau a des poils - Sa couleur variant selon l'imprégnation androgénique va se foncer sous l'influence de androgènes. Dans l'épaisseur de la peau il y a des muscles appelés: dartos. C'est l'ensemble de la peau et du dartos qui forme le scrotum. Lorsque le dartos se contracte il comprime les vaisseaux qui irriguent le scrotum et par ce fait diminue la chaleur au niveau du testicule.

La verge

Composée de deux corps caverneux, d'un corps spongieux, du gland, du prépuce, des vaisseaux et des nerfs.

Les corps caverneux et le corps spongieux: s'insèrent à l'arrière au niveau de la branche ischio-pubienne qui est la partie osseuse unissant l'ischion au pubis.

La partie centrale du corps caverneux est parcourue par une artère appelé l'artère caverneuse. A la face postérieure des corps caverneux se trouve une gouttière où sera placé le corps spongieux.

Bandelette de Conti: Ces bandelettes entourent en plusieurs étages, le pénis. Ces bandelettes en se contractant vont augmenter le diamètre de l'artère ce qui va permettre un afflux de sang de l'artère. (Conti de l'école de Padoue, Italie, en 1932).

Schunt artério-veineux: Sert de pont entre l'artère caverneuse et la veine profonde de la verge pour emplir (en se fermant) les lacs caverneux et vider (en s'ouvrant) les lacs caverneux. Permet l'entrée et la sortie du sang et agit comme régulateur de l'afflux sanguin lors de l'érection. Il est à noter que les bandelettes de Conti se contractent lors de l'érection ce qui va provoquer une augmentation considérable de l'afflux sanguin dans l'artère caverneuse. L'érection se produit alors que le sphincter du shunt se ferme permettant ainsi l'arrivée d'une plus grande quantité

de sang dans le lac que la quantité qui en sort. Au maximum de l'érection un équilibre va se faire entre la quantité de sang pénétrant dans les corps caverneux et ressortant par la veine profonde par un système de régulation au niveau des bandelettes de Conti et des sphincters.

La détumescence: les muscles lisses autour des lacs se contractent (Ces muscles ne se contractent qu'à ce moment). Les sphincters s'ouvrent et dans un premier temps les bandelettes de Conti en se détendant entraînent une diminution de la lumière de l'artère. La contraction des muscles autour des lacs chassent ensuite le sang.

Pathologie: Hyperprolactinémie peut causer l'impuissance. Cette affection est souvent reliée à une tumeur de l'hypophyse. Problèmes circulatoires peuvent être cause d'impuissance sexuelle chez l'homme.

Traitement: Traitements hormonaux très utilisés mais peu efficaces.

Le corps spongieux

Il commence en arrière au niveau du périnée en dessous du muscle transverse et entoure l'urètre sur toute sa longueur jusqu'à son extrémité au niveau du méat urinaire. L'extrémité du corps spongieux forme le gland.

Microscopiquement Le corps spongieux est identique au corps caverneux mais il ne possède pas l'albugine rigide.

- Dans la verge il y a deux artères dorsales et une veine dorsale profonde.

MÉCANISME DE L'ÉRECTION

Pour bien comprendre le mécanisme de l'érection il faut tout d'abord posséder une connaissance de certaines caractéristiques anatomiques du pénis. Cet organe se compose de deux corps caverneux, d'un corps spongieux dont l'extrémité forme le gland, des vaisseaux et des nerfs ainsi que deux artères dorsales et une veine profonde. Les corps caverneux s'insèrent à l'arrière au niveau de la branche ischio-pubienne qui est la partie osseuse unissant l'ischion au pubis. La partie centrale du corps caverneux est parcourue par une artère appelée l'artère caverneuse. A la face postérieure des corps caverneux se trouve une gouttière où sera placée le corps spongieux. Celui-ci commence en arrière au niveau du périnée en dessous du muscle transverse et entoure l'urètre sur toute sa longueur c'est-à-dire jusqu'au niveau du méat urinaire.

Corps caverneux et spongieux sont entourés des bandelettes de Conti. Ces bandelettes entourent, en étages superposés, le pénis. Ces bandelettes en se contractant vont augmenter le diamètre de l'artère permettant ainsi un important afflux sanguin.

Le gonflement du pénis s'effectue par une augmentation de l'apport artériel et de la diminution du débit veineux. Ce phénomène est rendu possible grâce à un schunt artério-veineux servant de pont entre l'artère caverneuse et la veine profonde de la verge pour emplir (en se fermant) les lacs caverneux et vider (en s'ouvrant) ces mêmes lacs. Ce mécanisme permet l'entrée et la sortie du sang et agit comme régulateur de l'afflux sanguin.

lors de l'érection. Le fait que les bandelettes de Conté se contractent lors de l'érection provoquent une augmentation importante de l'afflux sanguin dans l'artère caverneuse. C'est la fermeture du sphincter de ce schunt artério-veineux qui va provoquer l'érection du pénis en laissant ainsi entrer dans les lacs une plus grande quantité de sang que la quantité qui en sort. Au moment de l'obtention d'une érection maximale, un équilibre s'établit entre le sang pénétrant dans les corps caverneux et celui ressortant par la veine profonde créant ainsi un système de régulation au niveau des bandelettes de Conté et des sphincters.

Ce simple phénomène mécanique est évidemment dépendant de nombreux facteurs psychologiques très complexes. Entrent ici en jeu le cerveau, les systèmes nerveux et endocriniens, l'hypothalamus, l'hypophyse, la moëlle épinière, etc.. Une érection purement mécanique dépend du cône médullaire sacré alors qu'une érection psychogène dépend de la zone médullaire dorsolombaire. L'apport médullaire précis: mye lomères S2, S3 et S4.

Il faut surtout retenir que l'érection est un phénomène vasodilatateur dominé par le système parasympathique donc incompatible avec l'anxiété. Un état émotionnel de réceptivité et une émotion dilatante favorisent grandement le mécanisme de l'érection.

La lubrification vaginale (en phase d'excitation) chez la femme est exactement le pendant de l'érection chez l'homme. Tout comme l'érection, la lubrification vaginale relève du système parasympathique et dépend des centres médullaires inférieurs (S2, S3, S4). Tout comme chez l'homme (lors de l'érection) on peut établir une distinction entre la lubrification vaginale réflexe qui est sous la dépendance des segments sacrés et la lubrification vaginale psychogène qui est sous la tutelle de la zone médullaire dorsolombaire.

Par l'érection l'homme entre en phase d'excitation soit la première des quatre (4) phases du cycle de la réponse sexuelle. Il y a des érections non rattachées à une expérience érotique mais elles sont rares. Elles correspondent le plus souvent à un relâchement de l'inhibition corticale permettant ainsi la libération des influx du centre de l'érection situé au niveau des vertèbres sacrées. L'anesthésie profonde ou la mort par pendaison peuvent produire cet état.

En ce qui a trait aux érections nocturnes elles sont significativement reliées aux rêves survenant pendant le sommeil lors de la phase ^{onirique} ~~ôcrilaire~~ motrice (P.O.M.). Ces rêves sont souvent à contenu érotique mais pas nécessairement. Les rêves survenant à cette phase, dont le contenu est anxiogène, ne sont pas accompagnés d'érection. La croyance populaire voulant que les érections nocturnes ou matinales soient attribuables à une vessie pleine est un mythe. Les érections nocturnes ou matinales sont l'indice le plus sûr de la puissance physiologique d'un homme. Si, par exemple, un homme est totalement impuissant lorsque en présence d'une femme mais peut avoir une érection nocturne ou matinale il signe ainsi la preuve de sa capacité physiologique et les causes de son incapacité ne peuvent être que d'origine psychologique.

La perte d'érection ou détumescence, qu'elle survienne à la suite de l'éjaculation ou autrement, consiste en la contraction des muscles lisses (non volontaires) entourant les nombreux lacs qui sont alors remplis de sang. Les sphincters des schunts artérioveineux s'ouvrent et les bandelettes de Conti en se décontractant entraînent un rétrécissement de la lumière de l'artère. La contraction des muscles lisses autour des lacs en chasse le sang à l'extérieur c'est-à-dire dans la veine profonde. Il est à noter que ces muscles lisses ne se contractent qu'à ce moment c'est-à-dire lors de la détumescence.

MÉCANISME DE L'ÉJACULATION

La croyance populaire a toujours reliée étroitement l'éjaculation à l'orgasme chez l'homme. S'il est vrai que pour la plupart des hommes l'orgasme accompagne l'éjaculation nous savons maintenant que tel n'est pas toujours le cas. En effet la thérapie ainsi que certains résultats de recherche nous apprennent que certains hommes ont des éjaculations anhédoniques (sans plaisir) alors que d'autres parviennent à un orgasme sans aucune éjaculation. D'ailleurs l'absence d'éjaculation est relativement fréquente chez les hommes du troisième âge et ce phénomène peut être alors considéré comme étant parfaitement normal.

Chez un homme jeune, d'âge moyen et souvent chez un homme du troisième âge, l'éjaculation comprend deux phases:

1^o phase: Mise sous pression

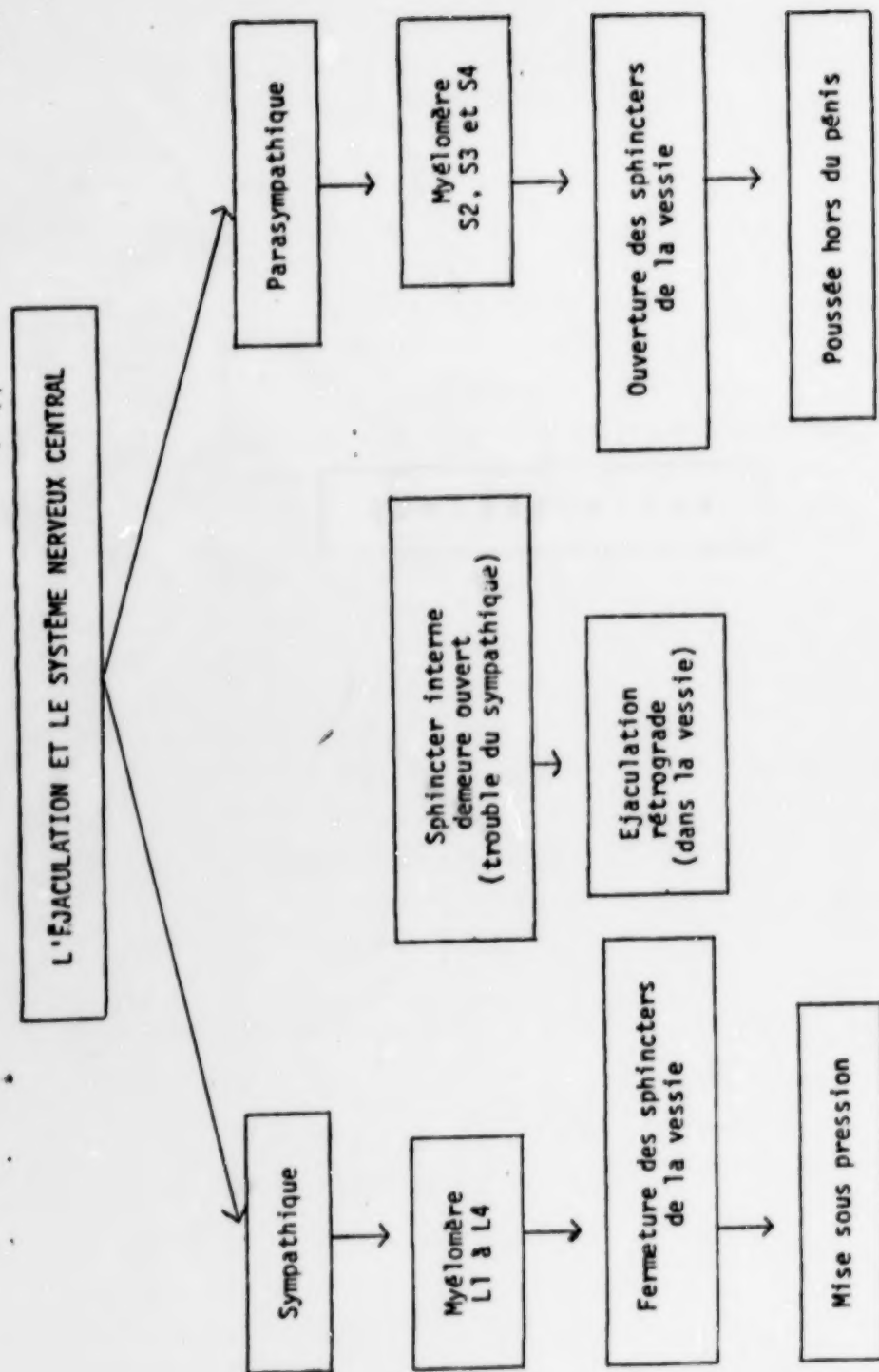
Cette phase se caractérise par la fermeture et le maintien de la fermeture des sphincters internes de la vessie. Il y a aussi fermeture des sphincters externes de la vessie. Viennent ensuite les contractions des muscles lisses (involontaires) ainsi que la contraction du tiers interne du cordon spermatique, des vésicules séminales et de la prostate. L'imminence de l'éjaculation est alors fortement ressentie ainsi que l'impossibilité de la contrôler.

2^o phase: Phase d'expulsion

Cette deuxième phase se caractérise par l'ouverture et la contraction rythmique du sphincter externe de la vessie qui s'effectue à un rythme de 0,8 seconde d'intervalle. Il y a contraction du cordon spermatique qui est un muscle lisse (involontaire) et aussi

des muscles striés (volontaires) suivants: l'anus, les transverses du périnée, le bulbo caverneux, l'ischio caverneux et pubo coccygien à 0,8 seconde d'intervalle. Ce processus est habituellement accompagné d'une sensation de plaisir caractéristique. Il est faux de prétendre que la capacité sexuelle de l'homme soit supérieure à celle de la femme même s'il s'agit là d'un mythe entretenu depuis fort longtemps.

Chez les hommes du troisième âge les réactions physiologiques sont souvent moins fortes et il s'agit d'un phénomène tout à fait normal. Par exemple, il n'y a souvent peu de changement de couleur du gland, l'élévation des testicules ne se fait plus ou n'est que partielle, l'éjaculation n'est obtenue qu'en une seule phase (il n'y a plus alors fermeture du sphincter externe de la vessie). La sensation d'imminence disparaît ou devient beaucoup moins forte et la pression éjaculatoire perd de sa force. En outre, la perte d'érection peut devenir immédiate à la suite de l'éjaculation. Le plaisir psycho-physiologique peut aussi être diminué. Evidemment, il peut y avoir beaucoup de différences d'un homme à l'autre et ces particularités n'apparaissent pas automatiquement le jour du 60^e anniversaire ou de la retraite mais bien plutôt d'une façon progressive. Certains hommes conservent même une grande capacité psycho-physiologique jusqu'à un âge très avancé.



CONTRACEPTION

CONTRACEPTION CHIMIQUE

LA PILULE

Durée d'utilisation:

- Prudence après l'âge de 35 ans surtout si la femme fume.
- Devrait cesser après l'âge de 40 ans.
-
- Avant une grossesse attendre entre 2 à 6 mois (sinon augmentation des anomalies fœtales).
- Après la grossesse
 - Reprendre la pilule après la 1re menstruation.
 - Si allaitement ne reprendre que trois semaines après.
 - Reprise des menstruations dans les 24 à 35 jours qui suivent chez 50% des femmes.
 - 100% des femmes ont rétabli une menstruation avant 6 mois.
- Avant une intervention chirurgicale
 - Arrêter de prendre la pilule 4 à 6 semaines avant afin d'éviter les thromboses.

Contre indication absolue

- 1^e Phlébite ou thrombo-embolie.
- 2^e Troubles cérébraux-vasculaires.

- 3^e Infarctus du myocarde (thrombose coronarienne).
- 4^e Hépatites actives.
- 5^e Antécédants ictère cholestatique (jaunisse).
- 6^e Cancer du sein.
- 7^e Neoplasie (cancer) dépendant des oestrogènes.
- 8^e Saignement vaginal non diagnostiqué.
- 9^e L'allaitement.
- 10^e Problèmes ophtalmologiques (diplopie).
- 11^e Grossesse soupçonnée non diagnostiquée.
- 12^e Migraine classique (d'origine vasculaire-pulsatif).

Avantages

- Donne des cycles plus réguliers.
- Menstruations moins abondantes.
- Menstruations moins douloureuses.
- Durée moindre des menstruations.
- Prescrire à une femme anémique
(moins de pertes de sang, donc plus de fer dans le sang).
- Femme ressentant des douleurs à l'utérus.
- Dysménorrhée.
- Baisse de tension pré-menstruelle.
- Quelquefois: sensation de bien-être général.
- Bonne protection contre la grossesse (presque à 100%).
- Moins d'anémie (moins de pertes de sang).
- Traite les ménorrhée (règles trop abondantes).
- Protège contre les tumeurs bénignes aux seins et peut-être même les malignes.
- En général: amélioration de l'acné
(si fort en progestatif produira l'effet contraire).
- Protection contre les kystes fonctionnels de l'ovaire.

- Avantages dans l'endométriose.
- Avantage dans les problèmes de malnutrition (moins de pertes de sang - fer).

Dangers

- Embolie cérébrale.
- Maladie thrombo-embolique (caillot (déplacement du caillot)).
- Augmente les facteurs de coagulation.
- Les phlébites - embolies pulmonaires.
- Maladie de la vésicule biliaire.
- Diminution de la tolérance au glucose (réversible à l'arrêt).
- Augmentation de la tension artérielle.
- Peut provoquer le chloasma.
- Accidents cérébraux vasculaires.
- (pas d'augmentation des cancers du sein, de l'endomètre ou du col, ni de l'utérus).
- Si le cancer est présent la pilule peut cependant être nuisible.
- Peut donner le diabète des stéroïdes.
- Foie: augmenterait la fréquence des pierres et cela proportionnellement au temps d'utilisation. Après 4 ou 5 ans l'incidence multipliée par 2. (Les pierres sont des cristaux de cholestérol).
- Augmenterait les risques d'infection asymptomatiques des voies urinaires de 25 à 50%.
- Troubles de la peau: photosensibilité, exéma, chloasma.
- Augmentation des vaginites.
- Le progestatif est le composé le plus sujet à donner des troubles de la pression.

Mode d'action:

- Le corps jaune produit de l'oestrogène et de la progestérone.
- | | |
|------------------------------|---|
| Mécanismes de
rétroaction | long loop feed back
short loop feed back
(variant selon les charges
oestrogéniques). |
|------------------------------|---|
- Les hormones extrogènes (pilule) se substituent à la production normale des ovaires c'est-à-dire oestrogène et progestérone.
 - Supprime les pics hormonaux ordinaires:
LH - FSH - oestrogène - progestérone.
 - Supprime les facteurs relâchant (R-F).
 - En supprimant les pics LH - FSH - empêche l'ovulation.
 - En supprimant la F.S.H. supprime le développement du follicule.
 - L'action des progestatives bloque la L.H.
 - Action au niveau du stade prolifératif et ovulatoire.

Effets sur le col:

- Produit un mucus impropre au passage des spermatozoïdes.
- Gloire: Epaisse, cellulaire, visqueuse donc impropre au passage des spermatozoïdes représente donc une barrière mécanique.

Effets sur l'endomètre:

- L'endomètre est déphasé donc moins apte à accueillir l'ovule fécondé. Donc s'il y avait ovule fécondé moins de chance de nidation.

Action à quatre niveaux:

- ovarien
- hypophysaire
- endométrique
- col.

Effets secondaires:

- Surtout des symptômes de pseudo-grossesse.
- Nausée dans 16% des cas.
- Vomissement.
- Vertige dans 2% des cas.
- Maux de tête dans 12% des cas.
- Seins gonflés et douloureux.
- Rétention de liquide
- Augmentation du poids dans 13% des cas
(rétention de sodium et d'eau)
- Surtout dû au composé oestrogénique contenu dans la pilule.

La plupart de ces symptômes disparaissent après trois (3) mois d'utilisation.

Autres facteurs:

Dépression: 13% des cas
Hémorragie: 11% des cas
(métrorragie)
Essoufflement 3% des cas.

Aucun effet secondaire dans 39% des cas.

Symptômes reliés aux progestatifs:

- Augmentation de poids.
- Dépression
- Augmentation de l'appétit.
- Irritabilité ou lassitude.

Facteurs de risque:

- Risque de thrombose pulmonaire si âgée de plus de 35 ans.
(3 décès par 1 000,000 utilisatrices).
- le tabac et l'âge.
- Tension artérielle: légère augmentation
(pression du sang dans les vaisseaux).
- Pression systolique: contraction du cœur.
- Pression diastolique: décontraction du cœur.
(la plus importance étant la pression diastolique).

Pression normale: 120

80 ← diastolique.

- Accident cérébral vasculaire + 4.
- Troubles de la coagulation: embolie pulmonaire.
infarctus.
(avec la pilule le facteur de risque de l'une de ces deux
maladies est multiplié de 5 à 10 fois plus).
- Le progestatif est le composé le plus sujet à causer des troubles
de la pression.
- Si prise pendant la grossesse peut causer des anomalies chez
le fœtus.

Affection bénigne du sang:

- Accident cérébral vasculaire + 4.
- L'oestrogène serait responsable de la coagulation du sang (caillot).
- Légère augmentation de la tension artérielle.
- Le progestatif est le composé le plus sujet à des troubles
de la pression.

Effets sur la fécondité ultérieure:

- Aucun.

Effets de la composition oestrogène - progestérone:

Plus d'oestrogène:

Augmentation du mucus cervical.

Plus de progestérone:

Absence de saignement lors de la cessation des pilules.

Moins d'oestrogènes:

- Saignements (spotting) au début ou au milieu de la boîte de pilules:
- Absence de saignement à la cessation (les combinées).

Moins de progestérone:

- Spotting à la fin du cycle (plus loin que la moitié de la boîte).
- Ménorragie (Saignements avec caillots).

LA MINIPILULE

Les efforts pour mettre au point la minipilule étaient motivés par le désir de trouver un contraceptif susceptible de présenter moins d'effets secondaires que les contraceptifs associés oraux progestatifs. Donc, en éliminant les oestrogènes et en réduisant les progestatifs, on espérait obtenir un produit stéroïde ne provoquant pas d'étourdissements, de maux de tête, de nausées et autres symptômes habituellement associés à la prise d'oestro-progestatifs oraux qui incitent souvent les femmes à en abandonner l'usage. Cependant et même si les minipilules risquent effectivement moins de provoquer de tels effets secondaires, il n'en demeure pas moins vrai que cet avantage se voit vite dépassé en ce qui concerne de nombreuses femmes, par les inconvénients que présentent les altérations et les troubles de la menstruation, provoqués parfois par les progestatifs administrés seuls. Ces inconvénients suffisent souvent à eux seuls, à en faire cesser tout usage par de nombreuses femmes.

COMPOSITION:

Cette méthode de contraception orale n'utilise qu'une microdose de progestatifs. La dose de progestatifs est faible soit de 0,5 mg ou moins.

MODE D'ACTION:

On ne comprend pas encore très bien comment agissent les contraceptifs oraux qui ne contiennent que des progestatifs. Cependant, les effets les plus fréquemment observés sont:

- Empêchement de l'ovulation dans certains cycles. En réalité, la minipilule n'arrive à empêcher l'ovulation que dans quinze (15) à quarante (40) pour cent des cycles.
- Modification de la motilité des trompes et de la fonction du corps jaune. Le passage de l'ovule par les trompes de Fallope peut s'accélérer réduisant ainsi la probabilité de la fécondation étant donné que l'ovule ne bénéficie pas alors de suffisamment de temps pour atteindre une maturité le rendant apte à la fécondation.
- Changements de la glaire cervicale qui gênent la motilité ou la viabilité du sperme. La glaire agit alors comme barrière mécanique.
- Altération de l'endomètre empêchant la nidation.

POSOLOGIE:

Taux d'échec aux environs de 2% selon le "Population' Reports" mais serait plus élevé en pratique, le 2% ne s'appliquant qu'aux femmes ayant respecté la posologie à 100%.

EFFETS SECONDAIRES:

Administrés sans oestrogènes, les progestatifs font augmenter l'incidence des oligoménorrhées, des hémorragies intercurrentes, des variations de la durée du cycle menstruel et parfois même d'aménorrhée.

Comme les D.I.U., les minipilules réussissent moins à empêcher la grossesse ectopique que la grossesse utérine. Etant donné qu'une grossesse extra-utérine non traitée peut avoir des conséquences graves, il faut que l'utilisatrice soit promptement examinée par un médecin advenant qu'elle se plaigne de douleurs pelviques. Le fait que les symptômes d'une grossesse ectopique puissent ressembler aux effets secondaires de la minipilule (hémorragies entre les règles, allongement des cycles et aménorrhées) il arrive parfois qu'on retarde un diagnostic de grossesse ectopique.

Il peut suffire d'oublier de prendre à peine une ou deux pilules, de ne pas absorber une pilule à la suite de vomissement ou de diarrhée pour perdre la protection contraceptive.

Les inconvénients rendent improbable une utilisation généralisée de la minipilule.

AVANTAGES:

Recommandée pour les femmes qui ont des antécédents thrombo-emboliques.

Utile aux femmes qui allaitent car les préparations ne contenant pas d'oestrogènes semblent moins gêner la lactation.

La minipilule peut être indiquée pour les femmes chez qui les oestrogènes provoquent des réactions.

RÉSUMÉ:

Les minipilules n'ont été mises en vente dans le commerce qu'après 1970 et elles sont encore très peu utilisées. Les essais pratiques de minipilules ont montré qu'elles ne vont

pas remplacer les contraceptifs oraux-associés; elles sont moins efficaces, augmentent le risque de grossesse ectopique, modifient le calendrier des règles et qu'on oublie d'en prendre une ou quelques unes, accroît le risque de grossesse.

Cependant, la minipilule est susceptible de prendre la place des contraceptifs oraux-associés dans le cas des femmes que gênent les effets secondaires d'oestrogènes, qui ont des antécédents d'accidents thrombo-emboliques ou qui allaitent.

DISPOSITIF INTRA-UTÉRIN

Dispositif intra-utérin (D.I.U.) souvent encore appelé stérilet.

Les D.I.U. utilisés actuellement dans le monde représentent la version moderne d'un principe ancien. En effet, les arabes utilisaient déjà, il y a fort longtemps, des procédés ressemblant quelque peu au dispositif intra-utérin. Cependant, ce n'est que depuis une vingtaine d'années que cette forme de régulation des naissances qui s'avère généralement sans danger, efficace et utile, connaît un essor. L'évolution du D.I.U. n'est pas encore terminée et malgré ses défauts reconnus il occupe maintenant une place importante dans la contraception moderne et dans les programmes nationaux de planning familial.

EFFICACITÉ

Les D.I.U. représentent indéniablement une meilleure efficacité que toute autre méthode non chirurgicale concernant la prévention de la grossesse, exception faite des contraceptifs oraux.

Les taux nets de grossesses pour les dispositifs les plus fréquemment utilisés sont de 0,0 à 5,6 pour cent femmes pour la première année d'insertion contre le taux de 1 à 3 pour les contraceptifs oraux, de 3 à 36 pour les préservatifs et de plus de 5 pour les autres méthodes (Population Reports, Nov. 1979).

Le taux d'expulsion varie entre 4 et 18% alors que le taux de retrait pour raisons médicales se situe entre 12 et 16%.

On pense actuellement que le taux de morbidité du D.I.U. serait plus élevé que celui des contraceptifs oraux alors que le taux de mortalité serait plus faible.

MISE EN PLACE

Au début la technique consistait à pousser le stérilet pour le faire sortir de l'inserteur. Actuellement on provoque moins de perforation avec la technique de retrait qui consiste à mettre l'inserteur en place, à relâcher ensuite le D.I.U., puis à retirer l'inserteur de l'utérus. Il est essentiel pour l'obtention des meilleurs résultats que l'insertion soit bien faite. Les chances de succès sont meilleures si l'insertion est réalisée par un médecin expérimenté qui en pose régulièrement. Le D.I.U. doit être mis en place doucement et pénétrer profondément dans l'utérus. Plusieurs médecins continuent d'insérer des D.I.U. pendant la période des menstruations. Les données actuelles démontrent cependant que les D.I.U. peuvent être mis en place sans danger à n'importe quel moment même immédiatement après un accouchement ou un avortement. Il est désormais possible de tenir compte des paramètres de l'utilisatrice éventuelle. Plusieurs recherches récentes arrivent à la conclusion que rien ne justifie une décision générale de n'insérer les D.I.U. que durant la période des menstruations. Il faut cependant toujours s'assurer que la femme ne soit pas enceinte ni atteinte d'une infection pelvienne lors de l'insertion. En outre, il est très important que le dispositif soit bien inséré et bien placé si l'on

veut réduire le risque de perforation, d'expulsion, de grossesse accidentelle, d'hémorragie, de douleurs, d'infection et autres complications. Il se produit plus facilement des grossesses dans la partie supérieure de l'utérus d'où l'importance que le dispositif entre profondément dans l'utérus. Il est aussi à noter que les contractions utérines peuvent expulser un dispositif qui n'est pas inséré profondément. Un stérilet en cuivre peut demeurer en place de 2 à 3 ans. Celui qui contient de la progestérone doit être changé annuellement.

MODE D'ACTION

Le mode d'action précis d'un D.I.U. est encore inconnu. On croit cependant que la présence du stérilet cause de nombreuses altérations biochimiques et cellulaires au niveau de l'endomètre. Les D.I.U. produisent une réaction inflammatoire intra-utérine, augmentent la quantité des globules blancs dans l'utérus, augmentent la quantité des géantocytes et des macrophages qui sont de très grosses cellules qui bouffent les corps étrangers dont les spermatozoïdes et l'ovule fécondée. Le D.I.U. rend l'endomètre inapte à recevoir l'ovule fécondée en déphasant le cycle intra-utérin et empêche ainsi la nidation. L'utilisation d'un D.I.U. en cuivre augmente les effets mentionnés plus haut. De plus, le cuivre est un agent toxique pour les spermatozoïdes. Le cuivre augmente aussi la réaction inflammatoire au niveau de l'endomètre.

Certains D.I.U. renferment des substances actives, telles le cuivre et les stéroïdes progestatifs. Le Cu-7 et le T Cu-200 sont en vente depuis déjà plusieurs années. Il est maintenant démontré que les dispositifs en cuivre, mieux tolérés que les D.I.U.

inertes par les femmes nullipares, provoquent moins d'hémorragies et ont des taux d'expulsion plus faibles. Il y a aussi un type de D.I.U. (Progestagert) qui libère régulièrement une petite quantité de progestérone dans la cavité utérine mais semble être associé à un plus grand nombre de grossesses ectopiques.

EFFETS SECONDAIRES

- **Hyperménorrhée ou oligoménorrhée** (surtout hyperménorrhée). On peut noter une augmentation du flux menstruel au cours des premiers cycles après l'insertion.

La plupart des D.I.U. font augmenter le volume des écoulements durant les menstruations. Par contre, les stérilets porteurs de progestatif réduisent le volume des ménorrhées au-dessous des niveaux antérieurs à l'insertion. Cette réduction semble comparable à celle des contraceptifs oraux stéroïdes. En outre, selon des données suédoises et américaines, la dysménorrhée a été réduite d'un tiers environ grâce à des stérilets libérant de la progestérone.

- **Expulsion**, surtout peu après l'insertion. Se produit surtout lors des menstruations et plus précisément au moment de la première menstruation suivant la mise en place. Il est recommandé à l'utilisatrice de vérifier régulièrement les serviettes et tampons hygiéniques ainsi que la présence des fils dans le vagin. Les taux d'expulsion varient selon les dispositifs. Généralement le taux d'expulsion est plus élevé avec les petits dispositifs qu'avec les plus gros d'un même modèle.

Cliniquement, l'expulsion ne pose guère de problèmes sérieux en autant qu'elle soit découverte à temps et que la femme puisse facilement avoir accès à une clinique ou autres services de santé. On peut, le plus souvent, mettre en place un autre dispositif qui n'est pas rejeté. Dans le cadre du programme de coopération statistique, deux femmes sur trois qui avaient expulsé leur D.I.U. en ont reçu un deuxième et près de la moitié de celles-ci conservaient une boucle au moins six ans après réinsertion.

- Augmentation des risques d'infection et d'inflammation pelviennes. Les jeunes nullipares couvrent un plus grand risque d'inflammation pelvienne que les femmes plus âgées ou multipares. Le D.I.U. augmente aussi les risques d'attraper la gonorrhée, l'endométrite, la salpingite et autres affections dont plusieurs peuvent conduire ultérieurement à la stérilité. Cependant, dans de nombreux cas l'inflammation est discrète, souvent asymptomatique et guérit sans traitement.
- Grossesse non souhaitée risquant plus souvent que chez les non utilisatrices d'être ectopique. Quand la grossesse survient avec un D.I.U. in situ, le risque de grossesse ectopique ou d'avortement septique au deuxième trimestre est plus grand que chez les non utilisatrices (environ un sur trente (1 sur 30) comparé à un sur deux cent cinquante (1 sur 250).).
- Possibilité de perforation quoique cette éventualité soit rare. L'utilisation d'un D.I.U. entraîne le risque que le dispositif perfore la paroi utérine, émigre ensuite dans la cavité péritonéale ou encore se loge dans la musculature du col. Ces conditions sont parfois difficiles à diagnostiquer et peuvent provoquer de graves conséquences pour l'utilisatrice. Heureusement

de telles complications sont très rares. Il est rare que le D.I.U. soit la cause directe de perforation. Comme le dit Lippes: "Le D.I.U. ne perce pas. Pour qu'il y ait perforation, on a besoin d'un praticien."

MÉTHODE POST-COÏTALE

Le stérilet en cuivre Cu-7 peut être utilisé comme méthode post-coïtale si inséré en dedans de cinq (5) jours d'un coït non protégé. Cette méthode est considérée comme étant très efficace.

MÉCANISME D'ACTION :

Etant donné qu'il y a un délai entre la fécondation et la nidation, on est donc certain que l'implantation n'a pas encore eu lieu. Le stérilet peut donc prévenir la nidation en rendant l'endomètre inhospitalier en déphasant son cycle.

L'usage du D.I.U. doit toujours être proscrit dans les cas qui suivent:

- Grossesse connue ou désirée;
- Infection pelvienne;
- Une gonorrhée actuelle;
- Anomalie congénitale de l'utérus;
- Cervicite ou inflammation aigue du col;
- Hémorragie anormale du bassin;
- Cancer gynécologique;
- Endométrite (inflammation de l'endomètre).

LE STÉRILET ET LA RECHERCHE

De plus en plus de femmes font usage du stérilet et les fabricants ne cessent de chercher à améliorer leur produit. Voici quelques stérilets encore au stade expérimental mais peut-être promus à un brillant avenir.

LE STÉRILET A LA PROGESTÉRONE

Ce stérilet fait l'objet de constantes recherches car il n'est pas encore jugé entièrement satisfaisant.

LE STÉRILET AUX SPERMICIDES INCORPORÉS

Il est encore au stade expérimental. Il s'agit d'un dispositif libérant des substances ayant la propriété d'agglutiner ou de manger les spermatozoïdes.

LE STÉRILET RECOUVERT D'UN ANTIFIBRINOLYTIQUE

Ce dispositif libère de la fibrinolysine qui est une substance anticoagulante permettant peut-être ainsi de remédier aux hémorragies.

LE STÉRILET A LA QUINACRINE

Il s'agit d'un dispositif intra-utérin pouvant provoquer en quelques semaines, une obturation définitive des trompes. Il s'agit ici plutôt d'une méthode de stérilisation irréversible ne nécessitant aucune intervention chirurgicale.

CONTRACEPTION POST-COÏTALE

Morning after pill ou pilule du lendemain
Mode d'action:

- Produit des altérations de l'endomètre.
 - Mélange l'endomètre par dissociation du développement des glandes.
 - Stroma = tissu de soutien - pas de nidation.
 - Supprime l'ovulation.
 - Interruption de la fonction du corps jaune.
 - Dérèglement entre les oestrogènes et la progestérone.
 - Asynchronisme entre le stroma et les glandes.
- Les glandes accusent cinq à six jours de retard sur le stroma ce qui rend l'endomètre inhospitalier à la nidation.
- Interfère avec les récepteurs des deux hormones (oestrogène et progestérone) au niveau de l'endomètre.
 - But: empêcher la nidation du blastocyste.

Efficacité: Taux d'échecs: 0,16%. Doit être prise en dedans de 72 heures.

Avantages:

- En cas de viol.
- Amène les gens à consulter plus facilement, donc amène une contraception plus définitive.

Contre-indication

- Maladies thrombo-emboliques.
- Maladies hépatiques chroniques.
- Toute condition rendant difficile l'emploi d'un composé oestrogène progestatif.
- On exclue toutes les femmes en dehors de 72 heures.

Temps écoulé entre le début du traitement et le début du saignement:

59% en dehors de 0

50% en 7 jours

95% en dehors de 15 jours.

Effets secondaires:

2/3 des femmes avaient des nausées.

19% des femmes avaient des vomissements.

Etat actuel: Actuellement un produit oestro-progestatif oral en deux doses prises à 12 heures d'intervalle. Le stilbestrol s'étant révélé dangereux, aujourd'hui c'est l'ovral qui est prescrit.

Résultats d'une étude canadienne faite par Albert Yuzpe sur un échantillonnage de 692 femmes révèle les résultats suivants:

Effets secondaires:

	Aucun chez	42,4% des femmes
Un	Un effet secondaire ou plus chez	57,6% des femmes
	nausée seulement	22,4% des femmes
	vomissements	25,2% des femmes
	maux de tête	2,2% des femmes
	douleurs abdominales	2,1% des femmes
	étourdissement	2,1% des femmes
	Taux d'échecs:	1,6% des femmes

PRÉSERVATIF

L'usage du préservatif (condom) est la plus ancienne et la plus sûre méthode de contraception masculine. Il s'agit d'une méthode efficace, économique et pratique de régulation des naissances. De plus, cette méthode offre une protection non négligeable contre les maladies vénériennes. Exception faite de la stérilisation, le préservatif demeure encore le seul contraceptif masculin vraiment efficace. L'inventeur du préservatif est inconnu. Cependant, certains croient que le mot condom, encore utilisé de nos jours pour désigner le préservatif, viendrait du nom du docteur Condom, médecin du roi Charles II d'Angleterre à qui il aurait fourni des moyens pour limiter les naissances dans sa famille. D'autres sources citent le mot latin Conduc qui signifie "réceptacle" comme pouvant être à l'origine du mot condom. Quoiqu'il en soit, il est probable que les premiers préservatifs furent utilisés surtout en tant que mesure préventive contre les maladies vénériennes avant de servir à la contraception.

AVANTAGES

L'usage du préservatif présente les principaux avantages suivants:

- Sûreté et efficacité;
- Moyen économique;
- Léger et peu encombrant;
- Son emploi ne nécessite ni examen ou contrôle médical;

- Ne présente aucun effets secondaires;
- Bonne protection contre les M.T.S.;
- On peut facilement se les procurer -
(dans certaines villes américaines on
en trouve dans des machines distribu-
trices).

TYPES DE PRÉSERVATIFS

Il y en a essentiellement deux sortes: en caoutchouc ou en peau. Les préservatifs en caoutchouc sont de loin les plus répandus. Ils sont fabriqués à partir de moules qu'on plonge dans un latex liquide. Ils sont économiques, très élastiques et rarement défectueux. Les premiers préservatifs à être fabriqués étaient en peau. Ils étaient généralement fabriqués à partir de la peau du gros intestin du mouton. On en fabrique évidemment encore mais ils ne représentent maintenant pas plus de 1% de la totalité des ventes dans le monde. Ils ne peuvent ni se distendre ni se contracter comme ceux fabriqués en latex et ils sont fortement lubrifiés pour pouvoir adhérer complètement. En outre, ils sont dispendieux coûtant plus du double de ceux en latex. Ils transmettent la chaleur du corps de façon comparable à la peau humaine. De façon objective il est difficile d'affirmer que les préservatifs fabriqués à partir de peau soient plus agréables à utiliser que ceux en caoutchouc.

Nous trouvons aujourd'hui un choix extrêmement varié de préservatifs. Ils peuvent être:

- Transparents;
- Opaques;
- Colorés;

- De différentes tailles;
- A bout terminal ordinaire;
- A bout prolongé d'un petit réservoir;
- Ondulés ou en forme de pagode;
- Avec étranglement à la hauteur recouvrant la base du gland;
- A surface bosselée ou rugueuse;
- Secs ou lubrifiés (au silicone).

EFFICACITÉ

Il s'agit d'un moyen contraceptif qui n'est pas toujours reconnu à sa juste valeur pour ne pas dire souvent mésestimé mais pourtant très efficace si correctement utilisé et de façon régulière. Une récente recherche anglaise lui accorde un taux d'échec se situant entre 0,4 et 1,6 échecs pour 100 années-femmes. Par contre d'autres recherches fournissent des taux beaucoup plus élevés pouvant même aller jusqu'à 17%. Ce qu'il faut retenir ici c'est que la plupart des échecs sont surtout attribuables à l'usager qui l'utilise mal ou irrégulièrement. La mise en place du préservatif a son importance et il faut toujours veiller à ce qu'il soit placé dans le bon sens avant de le dérouler le long du pénis sinon en le retournant pour le replacer il peut alors possiblement contenir des spermatozoïdes provenant du liquide séminal pré-éjaculatoire pouvant se trouver sur le gland. Pour éviter ce risque il est préférable de commencer à dérouler le préservatif en s'aidant d'un doigt en position replié avant de le faire sur le pénis. Il faut être encore plus vigilant si l'activité sexuelle se déroule sous un éclairage faible ou tamisé car alors il est plus difficile de voir

si le préservatif est tourné du bon côté. Il est aussi recommandé de toujours laisser un petit espace entre l'extrémité du gland et celle du préservatif. Il faut aussi que l'homme se retire aussitôt après l'éjaculation.

Bien utilisé de façon constante, le préservatif est une méthode efficace à presque 100%. Même les trous d'épingle qui étaient un fait courant avant les années 40 (maintenant beaucoup plus rares) ne sont pas considérés comme une cause courante d'échec car la quantité de sperme qui peut s'échapper ne saurait être, le plus souvent, suffisante pour permettre la conception. D'ailleurs, le docteur King de l'Université du Michigan a démontré que sur 100% d'un ensemble de préservatifs présentant de semblables trous, la grossesse ne se produirait qu'une seule fois sur 25 000 à 50 000 coïts.

Les préservatifs actuels offrent une qualité rigoureusement contrôlée. Aujourd'hui, avec un contrôle électronique de chaque préservatif en plus des tests d'insufflation d'air, on a fait de ce moyen de contraception l'un des meilleurs.

Le problème majeur lorsqu'il y a échec ne semble pas tant provenir de l'emploi incorrect que dans l'inconstance. Le problème provient surtout du fait que la plupart des couples ayant choisi cette méthode prennent quelques fois des risques en n'utilisant pas de préservatif à chaque acte sexuel. Ces risques peuvent alors se solder par un état de grossesse non désiré. Il est donc essentiel pour accroître l'efficacité d'une telle méthode d'en favoriser son emploi constant, donc à chaque coït.

CONTRACEPTIFS CHIMIQUES VAGINAUX

Aussi appelés spermicides ou contraceptifs topiques. Il s'agit certainement de l'un des plus anciens modes de contraception. Dès l'Antiquité, les Egyptiens utilisaient une telle méthode à partir d'un mélange de miel, de natron (carbonate de sodium) et de fiente de crocodile. Aristote mentionne l'emploi d'un mélange de cédréon, d'essence d'encens et d'huile d'olive dans le but de former une barrière à l'entrée du col cervical. Etant donné que les substances fortement acides ou alcalines sont hostiles aux spermatozoïdes, ces méthodes représentaient probablement une certaine efficacité.

TYPES DE SPERMICIDES

Il y a six sortes de spermicides:

- Gelée et pâte;
- Crème;
- Ovule;
- Tablettes moussantes;
- Mousse en aérosol;
- Film soluble.

Les ovules appelés passaires ou suppositoires vaginaux, pour être pleinement efficaces, doivent être introduits quinze (15) minutes avant les rapports sexuels. L'activité spermicide de l'ovule dure de vingt (20) à soixante (60) minutes.

Le C-Film, un film soluble dans l'eau, se présente en un morceau carré de quatre centimètres de côté. Il est fait de matière plastique transparente hydrosoluble ayant l'aspect du papier et imprégnée de nonoxynol-9. Il n'exige pas d'applicateur et une fois plié il est introduit à la main dans le vagin environ trente minutes avant le rapport sexuel.

MODE D'ACTION

Les spermicides forment une barrière mécanique aux spermatozoïdes et agissent en tant qu'agents spermicides actifs; l'action est donc à la fois mécanique et biochimique. En formant une barrière, ils ralentissent la progression des spermatozoïdes pour ensuite les immobiliser et les détruire par l'action biochimique.

Les produits de base varient beaucoup mais la plupart des produits modernes utilisent le nonoxynol-9. Le T.S.-88 qui est un produit japonais est aussi très utilisé à travers le monde. La Food and Drug-Administration aux Etats-Unis considère ces deux produits comme étant efficaces et sans danger.

MODE D'EMPLOI

Les mousses contraceptives s'obtiennent généralement dans des emballages sous pression (aérosol). On s'en sert ordinairement en remplissant un applicateur semblable à celui qu'on utilise pour les gélées et les crèmes. Depuis une dizaine d'années, des applicateurs susceptibles de conserver une dose pendant une semaine sont disponibles ainsi qu'un ensemble récipient-applicateur

contenant six doses mesurées à l'avance. Les mousses se dispersent bien dans la cavité vaginale comme les gelées et les crèmes mais contrairement aux comprimés moussants et aux ovules aucune attente n'est nécessaire entre l'application et le coït.

EFFICACITÉ

Les différents types de spermicides varient quant au temps requis pour couvrir une large surface. Ce sont les mousses et les crèmes qui se dispersent le mieux. Tant qu'aux comprimés moussants ils ont besoin d'humidité pour produire la mousse et la dispersion dans le vagin peut dépendre, en partie, des mouvements lors du coït. Donc il peut arriver que des comprimés moussants prennent jusqu'à quinze minutes entre le moment d'insertion et le coït pour assurer la dissolution et la formation de mousse.

La véritable efficacité des spermicides est passablement difficile à évaluer parce que le problème principal ne provient pas du produit lui-même mais du fait qu'il est trop souvent mal utilisé et surtout de façon irrégulière.

Les études cliniques et les diverses enquêtes auprès des utilisatrices révèlent les résultats les plus divers allant de 0,3 jusqu'à près de 40 pour cent de grossesses par année-femmes, selon les spermicides utilisés, les populations, l'instruction et le soutien fournis aux utilisatrices. Selon le Population Reports, le taux est de 1 à 7 grossesses pour 100 années-femmes chez celles ayant consulté en clinique privée alors qu'il est de 3 à plus de 20 grossesses chez les autres.

En ce qui a trait au C-Film (film soluble dans l'eau) mis au point en Hongrie, les essais cliniques sont contradictoires et son efficacité réelle reste douteuse.

AVANTAGES

- Facilité de distribution;
- Ne cause aucun effets secondaires graves;
- Au cours de la lactation peuvent renforcer l'effet contraceptif;
- A cause de l'absence d'effets secondaires ils peuvent être un bon substitut chez les femmes victimes des effets secondaires à l'emploi des contraceptifs oraux ou des D.I.U.;
- Semblent jouer un rôle protecteur contre les maladies vénériennes et les infections vaginales. Des expériences faites en laboratoire démontrent que les contraceptifs vaginaux, à des degrés variables, inhibent le développement des microorganismes responsables des maladies vénériennes;
- Leur utilisation ne nécessite aucune surveillance médicale ni prescription;
- Peut servir de protection temporaire à la femme ayant oublié de prendre plusieurs pilules;
- Les mousses fournissent une lubrification vaginale supplémentaire;

- Des épreuves in vitro ont démontré que les spermicides entravent la naissance du *Neisseria gonorrhoeae* et du *Treponema pallidum*, organismes qui provoquent, respectivement, la gonorrhée et la syphilis. Certains produits sont plus efficaces que d'autres, tel le Neo Sampooon (T.S.-88);
- Pratiques pour le couple dont les relations sexuelles sont peu fréquentes;
- Utile pour un emploi à court termes ou avec d'autres méthodes.

INCONVÉNIENTS

- Taux d'échec élevé comparé à d'autres méthodes;
- Pratique inconstante tout comme pour le préservatif;
- Application tout de suite avant ou après les rapports sexuels;
- Certaines femmes se plaignent d'irritation ou de sensation de brûlure;
- Il faut répéter l'application à chaque nouvelle relation sexuelle;
- Il faut absolument s'assurer que la préparation est bien placée au fond du vagin;
- Peuvent quelques fois être altérés par la chaleur excessive et/ou l'humidité;
- Lorsqu'ils se dissolvent, les comprimés moussants produisent de la chaleur que les deux partenaires peuvent ressentir. Cet

effet thermique gêne certaines utilisatrices
ou leur partenaire alors qu'il est agréable
à d'autres.

COÛT INTERROMPU

Le coït interrompu ou la méthode du "retrait" est encore, de nos jours, une méthode très utilisée, surtout chez les jeunes. Il s'agit tout simplement pour l'homme de retirer complètement le plus rapidement possible son pénis du vagin de sa partenaire au moment où l'éjaculation est pressentie.

AVANTAGES

- Technique facile;
- Aucune dépense encourue;
- Aucun effet secondaire tant pour la femme que pour l'homme;
- Peut s'utiliser à tout moment.

INCONVÉNIENTS

- Son inefficacité;
- L'homme éprouve une grande frustration au moment où il devrait plutôt connaître la plénitude de son plaisir car il doit alors se retirer au moment précis où il atteint le paroxysme de l'excitation;
- La femme ressent également cette frustration du retrait du partenaire à ce moment de paroxysme qui devrait plutôt unir davantage les partenaires plutôt que de les séparer;

- La femme dépend ici entièrement de l'homme;
- Les éjaculateurs précoces sont très nombreux dans notre culture et une telle méthode ne peut évidemment pas leur convenir.

EFFICACITÉ

- L'échec est aux environs de 30% ce qui en fait une méthode très peu sûre. Il y a plusieurs raisons pour expliquer un si haut niveau d'inefficacité dont voici les principales:
 - . D'abord la difficulté pour l'homme de contrôler son éjaculation d'où le risque de se retirer en retard;
 - . Les émissions d'un liquide séminal précédant la véritable éjaculation sont imperceptibles et contiennent souvent des spermatozoïdes;
 - . Même après l'éjaculation, des spermatozoïdes peuvent être demeurés dans l'urètre et pénétrer dans le vagin lors d'un nouveau coït.

M. T. S.

<u>NIVEAU:</u> Secondaire 2e cycle <u>OBJECTIF TERMINAL:</u> 10 <u>THEME:</u> Les maladies transmises sexuellement (M.T.S.)	
1. M.T.S.: Gonorrhée.	
2. Microbe(s): Bactérie: Gonocoque (<i>Neisseria gonorrhoeae</i>).	
3. Période d'incubation: Quelques jours à quelques semaines après le contact infectant.	
4. Sites de l'infection: Chez l'homme: urètre, prostate, anus et gorge. Chez la femme: col de l'utérus, urètre. Toutes les muqueuses peuvent cependant être infectées.	
5. Symptômes: La plupart du temps peu ou pas de symptômes. S'il y a symptômes: Chez l'homme: écoulement urétral jaune-verdâtre, brûlements et douleurs en urinant. Chez la femme: perte vaginale verdâtre malodorante. Chez les deux sexes: infection de la gorge. Présence de sang ou pus sur les selles. Douleurs et crampes au rectum.	
6. Modes de transmission: Contact direct muqueuse à muqueuse. Le microbe ne peut vivre en dehors de l'organisme humain.	
7. Traitement: Pénicilline en injection intra-musculaire ou un de ses dérivés ou ampicilline en capsules. Le traitement sur plusieurs jours est plus efficace que le traitement en une seule séance.	
8. Modes de dépistage: Prélèvements effectués à l'urètre (homme) ou au col (femme), l'anus et la gorge. Seules les cultures à partir des échantillons prélevés aux sites de l'infection permettent d'identifier le microbe.	

NIVEAU: Secondaire 2e cycle

OBJECTIF TERMINAL: 10

THÈME: Les maladies transmises sexuellement (M.T.S.)

1. M.T.S.: Syphilis.

2. Microbe(s): Bactérie: Le treponème (*Treponema pallidum*).

3. Période d'incubation: Il s'écoule toujours au moins trois à quatre semaines entre l'infection et l'apparition des symptômes s'il y en a. Il y a trois phases: Primaire - secondaire et tertiaire.

4. Sites de l'infection: Toutes les muqueuses et la peau avoisinante légèrement irritée. Chez l'homme: surtout le gland et le pénis. Chez la femme: surtout le col, le vagin, les petites et grandes lèvres. Chez les deux sexes: l'anus, le rectum, la bouche et la gorge.

5. Symptômes: Chancres (ulcération) mais ne se manifeste pas nécessairement. Habituellement indolore. Apparaît à la phase primaire.

6. Modes de transmission: Contact direct muqueuse à muqueuse ou à une peau légèrement irritée. Le microbe ne peut vivre en dehors de l'organisme humain.

7. Traitement: 20% environ de guérisons spontanées. Pénicilline en injection intra-musculaire est le meilleur traitement et est efficace à 100% si administré en quantité suffisante.

8. Modes de dépistage: Seule l'épreuve sanguine de dépistage sera positive.
V.D.R.L. Positif à 1 sur 16
Très positif à 1 sur 36

<u>NIVEAU:</u> Secondaire 2e cycle <u>OBJECTIF TERMINAL:</u> 10 <u>THEME:</u> Les maladies transmises sexuellement (M.T.S.)	
1. M.T.S.:	Urétrite non-gonococcique.
2. Microbe(s):	Divers microbes dont les plus courants sont: le streptocoque de l'intestin (<i>streptococcus faecalis</i>), le streptocoque de la gorge (<i>streptococcus viridans</i>) et une bactérie du vagin appelée <i>Chlamydia trachomatis</i> . Ce dernier microbe est responsable de 30 à 60% des urétrites non-gonococciques.
3. Période d'incubation:	
4. Sites de l'infection:	
5. Symptômes:	Semblables à ceux de la gonorrhée. Cette affection est beaucoup plus fréquente que la gonorrhée, ce qui veut donc dire que tout écoulement n'est pas toujours nécessairement une gonorrhée. En général, cette affection est plus ennuyeuse que grave.
6. Modes de transmission:	Le plus souvent lors de relations sexuelles mais pas nécessairement.
7. Traitement:	Le traitement vise l'agent étiologique quand on peut le trouver. Même s'il s'agit d'une affection relativement bénigne, le traitement dure quelques semaines et est plus long que la gonorrhée.
8. Modes de dépistage:	Etant donné que les symptômes s'apparentent à ceux de la gonorrhée il faut prélever des échantillons afin de faire des cultures (voir diagnostic de la gonorrhée). Un bon examen médical est conseillé dont l'examen de la prostate qui est infectée dans la plupart des cas.

NIVEAU: Secondaire 2e cycle

OBJECTIF TERMINAL: 10

THEME: Les maladies transmises sexuellement (M.T.S.)

1. M.T.S.:

L'herpès (ou "feu sauvage").

2. Microbe(s):

Un virus: Herpès simplex. Le type II cause surtout des lésions génitales et le type I des lésions bucales mais l'inverse existe aussi.

3. Période d'incubation:

On ignore actuellement la durée exacte de l'incubation. La plupart des gens sont porteurs du virus à l'état latent lequel se manifeste occasionnellement.

4. Sites de l'infection:

Surtout les muqueuses et la peau avoisinante. Chez la femme: petites lèvres, clitoris, vagin, col. Chez l'homme: gland, pénis. Chez les deux sexes: anus et peau avoisinante.

5. Symptômes:

Lésion apparaissant sous la forme de petits boutons regroupés. Souvent précédée de picotement ou de brûlure.

6. Modes de transmission:

Pas uniquement par contact vénérien. Cependant la contamination vénérienne est souvent constatée. Peut être transmis de la bouche aux organes génitaux ou l'inverse après relations génito-orales.

7. Traitement:

Aucun antibiotique n'agit efficacement contre ce virus. Aucun traitement spécifique. On peut cependant appliquer l'iodoxyuridine (I.D.U.) au tout début de la sensation de picotement. Les lésions guérissent d'elles-mêmes entre 10 et 20 jours.

8. Modes de dépistage:

Par observation directe.

<u>NIVEAU:</u> Secondaire 2e cycle <u>OBJECTIF TERMINAL:</u> 10 <u>THÈME:</u> Les maladies transmises sexuellement (M.T.S.)	
1. M.T.S.:	Morpion
2. Microbe(s):	Parasite (phtirus pubis)
3. Période d'incubation:	
4. Sites de l'infection:	Toutes les régions poilues en particulier le pubis, les cuisses, les aisselles, le thorax, parfois même les sourcils, les cils ou les cheveux.
5. Symptômes:	Variant selon la sensibilité de chacun, les symptômes vont de l'absence de symptômes aux fortes démangeaisons.
6. Modes de transmission:	Généralement par contact avec un porteur du parasite. Etant donné que le parasite peut vivre au moins une journée en dehors du corps humain on peut l'attraper en couchant dans un lit contaminé ou sur des sièges de toilette publique, etc..
7. Traitement:	Application locale de la lotion d'hexachlorobenzène 1% (Kwellada) à laisser durant 24:00h. Ensuite prendre une douche. Bien laver les vêtements et la literie. Il est inutile de se raser. Si nécessaire répéter le traitement 3 à 4 jours plus tard.
8. Modes de dépistage:	Observable à la loupe.

NIVEAU: Secondaire 2e cycle

OBJECTIF TERMINAL: 10

THÈME: Les maladies transmises sexuellement (M.T.S.)

1. M.T.S.: Les condylomes accuminés (crêtes de coq ou verrues vénériennes).

2. Microbe(s): Virus de type Papova.

3. Période d'incubation: Il s'écoule généralement de un à trois mois entre l'infection et l'apparition des symptômes.

4. Sites de l'infection: Les muqueuses et la peau avoisinante. Chez l'homme: gland, prépuce, pénis, urètre. Chez la femme: col, vagin, petites et grandes lèvres. Chez les deux sexes: rectum, anus et régions avoisinantes, parfois aussi la bouche, les gencives, la gorge.

5. Symptômes: Petites ex-croissances ayant l'apparence d'un petit chou-fleur. Aux endroits humides sont rosés ou rougeâtres, aux endroits secs ils sont plus fermes et plus petits. Peuvent se répandre ailleurs sur la peau et sont contagieux.

6. Modes de transmission: Presqu'exclusivement par contact sexuel.

7. Traitement: Application locale de podophylline. 25% laissé en place de 4 à 6 h. Après quoi il est lavé. Parfois nécessaire de répéter à quelques reprises. Si le condylome est trop gros peut être détruit par application locale d'azote liquide. Ce procédé est efficace et non douloureux.

8. Modes de dépistage: A l'observation directe.

NIVEAU: Secondaire 2e cycle OBJECTIF TERMINAL: 10 THÈME: Les maladies transmises sexuellement (M.T.S.)	
1. M.T.S.: Hépatite infectieuse	
2. Microbe(s): Groupe de virus: Types A, B, et C.	
3. Période d'incubation: De deux semaines à deux mois.	
4. Sites de l'infection: Infection généralisée touchant tout l'organisme. Le foie devient toutefois l'organe le plus atteint étant donné que c'est là où le virus se loge.	
5. Symptômes: Fatigue, perte d'appétit, mal de gorge, fièvre. Les premiers symptômes ressemblant à ceux d'une bonne grippe. La plupart des cas sont bénins, mais quelques cas évoluent vers un dommage irréversible du foie (cirrhose) ou vers la destruction massive de cet organe vital et la mort.	
6. Modes de transmission: Affection occasionnellement vénérienne. Le type A s'échappe à partir de matières fécales contaminées. La pratique de l'analogue peut favoriser la transmission. Le type B est transmissible par le sang contaminé. Le sperme de personnes infectées est riche en particules virales.	
7. Traitement: Repos et diète appropriée. Dans la plupart des cas la guérison survient en trois ou quatre mois.	
8. Modes de dépistage: A partir d'analyses du sang.	

<u>NIVEAU:</u> Secondaire 2e cycle <u>OBJECTIF TERMINAL:</u> 10 <u>THÈME:</u> Les maladies transmises sexuellement (M.T.S.)	
1. M.T.S.:	La gale.
2. Microbe(s):	Un parasite: le sarcopte (Scabnotes scabiei).
3. période d'incubation:	Entre une à six semaines avant que les symptômes n'apparaissent.
4. Sites de l'infection:	En particulier dans la région génitale, les fesses, l'abdomen (surtout à la taille), les aisselles, les coudes, les genoux, le bord des pieds, les poignets et les doigts. Le parasite atteint rarement la face et la tête.
5. Symptômes:	Démangeaison forte, surtout la nuit. Apparition de boutons rouges et de fines traînées rougeâtres correspondant au tunnel du parasite.
6. Modes de transmission:	Par contact physique mais pas nécessairement sexuel. Très contagieux. Très fréquent actuellement; presque à l'état épidémique.
7. Traitement:	Douche ou bain d'eau chaude savonneuse en se brossant énergiquement. Une fois séché, appliquer une mince couche de lotion à base d'haxachlorobengène 1% sur tout le corps allant du cou jusqu'aux pieds. Laisser en place durant 24:00
8. Modes de dépistage:	Examen à la loupe des lésions de la peau. Le parasite peut être observé au microscope à partir de particules superficielles de peau ramassées par grattage des lésions.

NIVEAU: Secondaire 2e cycle

OBJECTIF TERMINAL: 10

THEME: Les maladies transmises sexuellement (M.T.S.)

1. Nommer les principales M.T.S.:

2. Microbe(s):

3. Période d'incubation:

4. Sites de l'infection:

5. Symptômes:

6. Modes de transmission:

7. Traitement:

8. Modes de dépistage:

IDENTITÉ SEXUELLE

IDENTITÉ SEXUELLE

Une identité est ce qui donne un sens aux conduites en les rendant conscientes et responsables. Notre identité est ce qui permet de nous définir par rapport aux autres d'où son importance. Pour être vraiment responsable il faut être conscient et nous ne pouvons être pleinement conscient qu'à travers notre identité. Nous saisissons ici l'importance de l'identité sexuelle pour une conduite sexuelle vraiment consciente et responsable. Même s'il est indéniable que l'identité sexuelle aura une influence sur ce que sera l'agir sexuel, il s'agit bien plus du "Qui suis-je sexuellement?" que du "Que dois-je faire sexuellement?".

L'identité sexuelle ne se limite pas seulement à l'érotisme et au génital comme on la trop longtemps cru mais elle s'applique à tout ce qui a trait à la sexualité. C'est la façon d'être et d'apparaître au monde en tant qu'homme ou femme. L'identité sexuelle apparaît le plus souvent tôt et son acquisition dépend de multiples facteurs dont l'assignation sexuel n'est pas le moindre. C'est bien plus tard que l'érotisme véritable prendra place en une expression de l'ouverture au monde de cette identité.

L'identité sexuelle (gender identity) est avant tout le sentiment personnel d'appartenance à l'un ou l'autre sexe. Cette identité se fabrique à partir de trois influences particulières: biologique, psychologique et sociale. L'étiquetage à la naissance ainsi que les attitudes des parents jouent un rôle particulièrement important dans la genèse de l'identité sexuelle.

INFLUENCES BIOLOGIQUES

Dès la conception le caryotype définit le sexe chromosomique soit XX pour la fille et XY pour le garçon. La mère est porteuse de chromosomes X seulement alors que le père porte des X et des Y. Pendant la période foetale ou périnatale une poussée hormonale androgénique va permettre la différenciation des gonades c'est-à-dire les testicules chez le garçon et les ovaires chez la fille. Il s'agit du sexe gonadique. Jusque là les gonades sont indifférenciées et advenant l'absence de cette poussée hormonale androgénique, le développement morphologique ultérieur sera de type féminin. Les androgènes sont donc le facteur principal de différenciation à ce niveau. De plus, les androgènes sont absolument nécessaires à cette période critique de la périnalité pour que le cerveau (au niveau de l'hypothalamus) soit différencié dans son organisation. La cyclicité de l'hypothalamus de la femme n'est pas d'origine chromosomique mais attribuable au fait qu'elle ne reçoit pas cette poussée d'androgènes à cette période. C'est donc sous l'influence de cette imprégnation hormonale que l'hypothalamus de l'homme reste acyclique. Le sexe de base est donc femelle morphologiquement et il faut un ajout pour faire un mâle. Pour qu'un mâle se développe normalement il faut absolument que les testicules sécrètent les androgènes ainsi qu'une réceptivité suffisante des organes-cibles. Toute cette organisation différentielle au niveau du cerveau aura donc pour résultat de favoriser la production de comportements masculin ou féminin, selon le cas. Cependant, l'humain diffère de l'animal en ce sens qu'il peut en outre être influencé par d'autres facteurs et de ce fait son développement est beaucoup plus dépendant des apprentissages que des phénomènes biologiques.

INFLUENCES PSYCHOLOGIQUES

Il s'agit de phénomènes provenant de l'extérieur mais ayant des répercussions intrapsychiques pouvant influencer les attitudes et les comportements du sujet. La subjectivité individuelle occupe ici une place importante car deux personnes vivant une expérience en tout point semblable pourront réagir de façon tout à fait différente selon ce qu'elles sont à partir d'un terrain prédisposant qui leur est propre. La théorie freudienne à propos de l'identité sexuelle se situe au niveau de l'influence psychologique.

INFLUENCES SOCIALES

Toutes les valeurs véhiculées par la société et par une culture en particulier, soit à travers les parents ou autres agents de socialisation. Les valeurs sociales proposées exerceront une forme de déterminisme sur l'identité sexuelle. Le sexe d'assignation est ici particulièrement important et influencera les attitudes et le comportement des adultes envers l'enfant selon qu'il soit mâle ou femelle. Le sexe d'assignation est si important que dans les cas rares d'assignation au sexe erroné, le noyau de l'identité sexuelle est toujours en accord avec cette assignation plutôt qu'avec la réalité biologique. Donc le noyau d'identité n'est pas vraiment synonyme d'appartenance à un sexe mais plutôt la croyance que l'on a d'appartenir à un sexe donné. Il s'agit d'un état psychologique faisant partie de l'identité et qui s'établit rapidement soit entre la deuxième et la troisième année de vie.

Ces influences biologiques, psychologiques et sociales ne sont pas vraiment indépendantes les unes des autres mais, au contraire, s'interpénètrent continuellement. Les influences psychologiques s'appuient sur le substrat biologique qui à son tour subit l'influence du psychologique et du social et ainsi de suite.

L'identité sexuelle chez l'enfant précède celle de toutes les autres si ce n'est l'identité d'espèce. Elle semble apparaître au même moment que l'identité d'âge et selon la plupart des auteurs son irréversibilité précède de quelques mois l'atteinte par l'enfant du principe de la conservation de la matière. Il y a évidemment quelques fois des pathologies d'identité sexuelle et certains enfants éprouveront plus de difficultés que d'autres à se situer par rapport à une identité précise. Ces pathologies peuvent être d'origine autant biologique, psychologique que sociale. Donc il y a toujours des accidents possibles aux différentes étapes bio-psycho-sociales de l'identification sexuelle.

ÉTATS PATHOLOGIQUES POUVANT INFLUENCER L'IDENTITÉ SEXUELLE

L'INTERSEXUALITÉ

Il s'agit d'une ressemblance anatomique et/ou physiologique avec le sexe opposé. Cette ressemblance peut provenir de défauts chromosomiques. On sait que l'assemblage de deux chromosomes X (XX) donnera une fille alors qu'un X et un Y donnera un garçon.

La femme ne peut fournir² le chromosome X alors que l'homme peut fournir soit un X ou un Y. C'est donc lui qui détermine le sexe de l'enfant à venir. Cependant, des accidents de parcours peuvent survenir et cette ressemblance anatomique avec le sexe opposé peut provenir de défauts tels XXY ou XO au lieu de XX ou XY. Il peut aussi s'agir d'indifférenciation plus ou moins marquée au niveau des organes génitaux ou encore d'accidents hormonaux. Les principales pathologies pouvant affecter l'identité sexuelle sont: les syndromes de Klinefelter, de Turner, insensibilité androgénique et une carence ou un excès androgénique à la période périnatale.

SYNDROME ADRENOGÉNITAL

Il s'agit d'une excessive androgénisation foetale par les surrénales pouvant provoquer, plus ou moins, une masculinisation des organes génitaux chez des femelles génétiques. Cette masculinisation peut varier d'un simple élargissement clitoridien jusqu'à l'apparition d'un scrotum, de testicules et d'un pénis véritables derrière lesquels on trouve le vagin et l'utérus. Evidemment si les parents demeurent incertains quant au sexe véritable de l'enfant, une identité hermaphrodite en résultera. Généralement l'orientation de ces filles est hétérosexuelle malgré leur allure garçonnière. Leur sexualité semble toutefois se rapprocher de celle des hommes en ce sens qu'elles objectivent leur partenaire sexuel de la même façon.

SYNDROME D'INSENSIBILITÉ A L'ANDROGÈNE

Syndrome de féminisation morphologique chez les mâles génétiques

par insensibilité des organes-cibles aux androgènes. Money et Ogundo (1974) sur dix de ses patients, huit ont développé une identité masculine alors que deux ont développé une identité féminine. Leur sexualité s'apparente à celle des femmes en ce sens qu'ils attachent plus d'importance à la tendresse et à l'affection dans la relation qu'aux aspects génitaux proprement dits. La prédominance du tactile sur le visuel en tant que stimulus érotique est aussi une caractéristique de leur sexualité.

SYNDROME DE KLINEFELTER

Il s'agit d'une anomalie chromosomique, XXY au lieu de XX ou XY. Quoique l'orientation soit mâle à cause du chromosome Y, la présence d'un chromosome X supplémentaire affaiblit l'effet du Y. Les organes sexuels mâles (pénis et testicules) existent mais sont petits et inféconds. Souvent pendant l'adolescence une gynécomastie et d'autres contours féminisés apparaissent. L'identité sexuelle est souvent affaiblie et l'homosexualité ou le travestisme peuvent prendre place. Le désir sexuel est souvent appauvri. Il semble qu'à cause d'une production androgénique insuffisante à la période périnatale, l'organisation adéquate du système nerveux central ait été perturbé. La psychopathologie est fréquente chez les personnes atteintes de ce syndrome. Ces personnes manifesteraient une nette propension à la distraction et éprouveraient ainsi de la difficulté à maintenir un imaginaire érotique et des fantasmes suffisants.

SYNDROME DE TURNER

Cet état se caractérise par l'absence d'un chromosome ce qui donne alors XO au lieu de XX ou XY. Donc un seul chromosome femelle oriente le développement sexuel. Les gonades seront absentes (agénésie) ou très peu développées (dysgénésie). Aucune hormone qu'elle soit mâle ou femelle n'est fabriquée en quantité suffisante dans la phase périnatale. Le développement morphologique sera de type féminin mais, à cause de l'absence d'un chromosome X et aussi d'un taux oestrogénique insuffisant, le développement demeurera incomplet et en quelque sorte inachevé. Plus tard, un traitement médical sera nécessaire pour pallier à des problèmes de fécondité et à l'absence de caractères sexuels secondaires. Cet état cause souvent une difficulté dans l'organisation de la perception visuo-spatiale au point de perturber le sens de l'orientation dans l'espace. L'intérêt sexuel est amoindri et cette faiblesse serait surtout attribuable à l'inertie de leur excitation émotive et à un taux androgénique trop bas.

LE TRAVESTISME FÉTICHISTE

Il s'agit pour l'homme (état à peu près inconnu chez la femme) de s'exciter sexuellement avec des vêtements de femme. Le choix de ces hommes peut se porter sur une seule pièce de vêtement comme sur un ensemble complet de vêtements qu'ils aiment revêtir à l'occasion. Cette déviation apparaît généralement à la période de l'adolescence mais aussi quelques fois plus tardivement. La plupart des travestis sont hétérosexuels, masculins dans leurs attitudes et comportements en général, sauf lors de leurs épisodes de travestisme.

LE TRANSSEXUALISME

Il s'agit de la forme la plus extrême d'inversion sexuelle où une personne anatomiquement conforme à un sexe croit appartenir à l'autre. Cette inversion peut trouver son origine à un âge extrêmement précoce, même dans les toutes premières années de vie. La véritable prise de conscience de cet état d'incongruence entre le sexe biologique et l'identité sexuelle ne débute habituellement qu'à l'adolescence ou même plus tard. La plupart des transsexuels souffrent beaucoup de cette incongruence et ont souvent recours à des moyens chirurgicaux et/ou hormonaux de transformation.

HOMOSEXUALITÉ

L'homosexualité concerne plus l'orientation par rapport à l'objet sexuel que l'identité sexuelle en elle-même. Cependant, l'homosexualité autant féminine que masculine, présente un continuum où on trouve toutes les possibilités allant de l'homosexuel(le) présentant toutes les caractéristiques propres à son sexe jusqu'à celui (celle) qui présente plutôt des caractéristiques du sexe opposé. La plupart des homosexuels (hommes ou femmes) acceptent bien leur morphologie et s'en trouvent bien. Leur préférence sexuelle se porte vers des personnes de leur sexe. Contrairement aux transsexuels ils ne veulent pas changer de sexe. Certains homosexuels se travestissent mais pas dans le but de passer pour une personne de l'autre sexe.

DIFFÉRENTIATION SEXUELLE

Le caryotype ou le bagage chromosomique est considéré comme étant l'élément fondamental de différenciation sexuelle entre l'homme et la femme. Le caryotype est en quelque sorte la carte d'identité sexuelle.

Chez l'homme, on trouve au total 46 chromosomes dont 22 paires d'autosomes et une paire de chromosomes sexuels dont l'un est X et l'autre Y.

Chez la femme, il y a aussi au total 46 chromosomes dont 22 paires d'autosomes et une paire de chromosomes sexuels qui sont XX (XX au lieu de XY).

La masculinisation devient possible à cause du chromosome Y qui est normalement porteur d'H-Y un antigène synthétisé à partir d'une protéine. C'est sous l'influence du H-Y que la gonade indifférenciée du début se transformera en testicule qui produiront des androgènes qui agiront à leur tour sur les cordons de Müller en les faisant dégénérer et sur les cordons de Wolff qui se transformeront en éléments du tractus génital mâle (canal déférent, prostate et pénis).

La gonade initiale indifférenciée peut donc ainsi se transformer en testicule ou en ovaire selon l'influence subie par l'antigène H-Y. Par la suite l'influence de la testostérone s'avérera déterminante. Sans ces influences la gonade évoluera toujours vers une transformation ovarienne. On peut ainsi dire que le sexe primordial est le sexe féminin alors que le sexe mâle n'est en

quelque sorte qu'une déviation de la programmation de base de la nature. Même le sexe chromosomique n'est pas vraiment déterminant en ce sens car l'influence de l'antigène H-Y dominera et par la suite celles des androgènes. La pathologie à ce niveau nous en donne la preuve. Par exemple, les personnes qui possèdent un chromosome Y anormal n'ayant, ou très peu, d'antigène H-Y évolueront vers un phénotype féminin et ce, malgré la présence du chromosome Y. Ceux qui possèdent accidentellement deux chromosomes Y ont deux fois plus d'antigène H-Y. Une femme chromosomiquement normale (XX) peut accidentellement être porteuse de l'antigène H-Y et alors son phénotype aura évolué et ce, à son insu vers un phénotype masculin c'est-à-dire qu'elle possèdera tous les caractères sexuels masculins (pénis, testicules, etc.). Est-elle une femme ou un homme?

L'AMOUR

L'AMOUR

L'amour dans le couple, tel que nous le connaissons actuellement, n'est apparu que très récemment. Anciennement cette forme romantique de l'amour n'était réservée qu'à une classe privilégiée très restreinte. En effet, selon les recherches historiques il apparaît nettement que le sentiment amoureux tel que nous le connaissons aujourd'hui soit intimement lié au développement économique qui nous assure une plus grande aisance et sécurité matérielles et jusqu'à un certain point une plus grande liberté face à la façon de vivre. Edward Shorter, auteur d'une remarquable étude historique sur la famille écrit à ce propos:

La famille traditionnelle était plus une unité de production et de reproduction qu'une unité affective. Elle constituait un mécanisme de transmission de la propriété et du rang social de génération en génération. Le lignage, voilà ce qui importait, et non de se retrouver tous ensemble autour de la table du dîner ¹.

A une époque où il fallait "gagner sa vie à la sueur de son front" le choix du conjoint s'appuyait sur des critères plus pratiques que romantiques.

Il semble bien que le Québec ne faisait pas exception à la règle car on a qu'à consulter la littérature d'ici pour s'en convaincre.

1. Edward Shorter, Naissance de la famille moderne, Paris, Seuil, "L'univers historique", 1977, p. 13.

Par exemple, des romans comme La Scouine de Albert Laberge et du Survenant de Germaine Guévremont nous font prendre conscience de l'importance de la santé, de la force physique et d'une solide capacité aux durs travaux dans le choix du conjoint mâle. Nous nous souvenons tous que dans le roman du Survenant, le père Didace avait un fils faible et incapable de faire le travail quotidien. Un jour, un voyageur étranger (le Survenant) demanda asile au père Didace qui l'accueillit. Or, il s'avéra que cet homme possédait toutes les qualités physiques faisant défaut à Amable le fils légitime de "la maison paternelle". Bien que le Survenant fut un pur étranger qui ne consentit jamais à révéler sa véritable identité, le père Didace admira en lui le fils qu'il aurait tant voulu avoir au point de le considérer même plus que son propre fils. Toute l'intrigue de ce roman tourne autour de ces éléments. On se souvient aussi que le Survenant était très populaire auprès des filles car il représentait un bon parti, c'est-à-dire un homme habile et capable de travailler de façon à assurer la survivance si incertaine à cette époque. On se souvient aussi comment Amable était tourné en ridicule car il ne possédait pas ces qualités essentielles.

Anciennement, la lutte pour la survivance occupait toute la place et de ce fait ne favorisait pas l'éclosion d'un véritable sentiment amoureux. En outre, au siècle dernier et même au début du présent, le choix du conjoint était très souvent déterminé par les parents. La femme devait accepter cette situation et devait par la suite se soumettre entièrement à l'autorité de son époux. L'expression populaire "qui prend mari prend pays" exprime qui assumait la décision des choix importants.

Par la suite de ceci, un fossé immense s'est creusé entre le monde de la femme et celui de l'homme. On

peut réellement parler de coexistence de deux mondes différents. Le résultat sera un manque de communication quasi total sur les problèmes sexuels, le problème du nombre d'enfants n'étant presque jamais abordé. ¹

Anciennement, au plan matériel, le nombre d'enfants n'avait absolument pas la même signification qu'aujourd'hui. A cause de l'âge de plus en plus reculé de l'entrée sur le marché du travail, les enfants représentent actuellement, pour les parents, une charge économique supplémentaire pouvant s'étendre sur une longue période. Auparavant les enfants commençaient à travailler alors qu'ils étaient encore très jeunes, apportant ainsi à la famille une aide matérielle supplémentaire. Le couple faisait alors des enfants non pas uniquement par amour mais plutôt par obligation morale, religieuse et même économique. La structure sociale n'étant pas organisée comme elle l'est aujourd'hui les enfants représentaient alors une sorte de garantie, d'assurance vieillesse pour les parents d'où l'expression bien connue utilisée par un parent en parlant de l'un de ses enfants: "Celui-là sera mon bâton de vieillesse plus tard". On entend de moins en moins cette expression de nos jours.

La famille peut être considérée, à juste titre, comme formant la cellule de la société. En 1967 lors de la journée des Droits de l'homme, le Secrétaire général des Nations-Unies M.U. Thant, déclarait: "La Déclaration universelle des droits de l'homme décrit la famille comme l'élément naturel et fondamental de la société." Cependant, si dans le passé, la famille avait une

1. Pierre Pradervand, Introduction aux problèmes du Planning familial et de la limitation des naissances dans le Tiers Monde, Montréal, Les Éditions du centre de planning familial du Québec, 1971.

vocation plus socio-économique que sentimentale il semble bien qu'à l'avenir l'amour y occupera une place de choix.

Cependant, pour que l'amour puisse se réaliser pleinement entre les conjoints il faut d'abord un minimum de conditions. Il semble bien qu'un meilleur niveau de vie soit une condition favorable permettant de penser un peu plus à soi et à un conjoint éventuel où les sentiments auront plus d'importance dans la relation amoureuse. Quand on a faim on pense à se nourrir avant de penser à faire l'amour. Même au niveau de la sexualité les recherches démontrent l'existence d'un lien entre l'alimentation et la fécondité et la fréquence des relations sexuelles. Tout semble indiquer que les gens pauvres aient moins de relations sexuelles que les gens aisés.

Donc une plus grande sécurité matérielle liée à la modernisation ainsi qu'une contraception permettant d'avoir le nombre d'enfants désirés, la prise de conscience, par la femme de sa situation par rapport à l'homme et vice versa, une plus grande autonomie, particulièrement au plan matériel, de la femme par rapport à l'homme et une éducation à la sexualité peuvent créer un climat plus propice à l'éclosion d'un véritable sentiment amoureux.

CONDITIONS FAVORISANT L'ÉCLOSION ET LE MAINTIEN DU SENTIMENT AMOUREUX

1^o Condition: L'élément de reconnaissance

Importance de l'élément de sélectivité dans le choix de l'objet d'amour pour une meilleure reconnaissance de l'autre. En d'autres mots, lorsqu'on aime on distingue l'autre des autres et quand on est aimé l'on se sent reconnu par l'autre (Freud, Klein, Bessell et Chauchard).

2^o Condition: S'aimer et être en contact avec soi

Pour être en mesure d'aimer vraiment il faut posséder une certaine force intérieure, être en contact avec soi-même, se connaître, se percevoir tel qu'on est. En d'autres mots être surtout en communication avec soi, avec ses propres sentiments. La transparence de soi et l'acceptation de l'autre tel qu'il est, acceptation ----- des différences de l'autre, voilà des éléments absolument nécessaires pour favoriser un amour authentique, durable et profitable aux deux conjoints (Klein, Rogers, Jourard, Gordon et Bessel).

Nous allons maintenant développer un peu plus profondément chacune de ces deux conditions préalables.

1^o Condition:

L'homme pour être heureux a besoin de sécurité et d'amour et il est, semble-t-il, difficile de séparer ces deux ingrédients l'un de l'autre. Le nourrisson lorsqu'il se sent aimé de sa mère se sent en sécurité et lorsqu'il se sent en sécurité c'est parce qu'il se sent aimé. Pour se sentir épanoui, se sentir pleinement être, un humain a besoin de sentir que les autres l'acceptent, qu'ils le reconnaissent comme étant un être distinct et valable. C'est pourquoi la sélectivité dans l'amour est une caractéristique nécessaire à l'éclosion de ce sentiment car "aimer quelqu'un c'est le distinguer" nous dit Paul Chauchard.

La sélectivité se réfère à la personne humaine fondamentale. Tout être humain ressent profondément ce besoin d'être considéré comme une personne à part entière ayant une identité bien à elle. Cet aspect de l'amour apparaît nettement pour le chrétien dans l'amour du Christ pour l'homme. En effet, tout chrétien a besoin de savoir

que Dieu l'aime lui personnellement et que le Christ est venu le racheter lui personnellement au point que s'il eût été le seul humain sur terre le Christ serait quand même venu le sauver. Cette forme d'amour est un véritable modèle de l'amour humain.

Bessell valorise aussi la sélectivité dans l'amour. Pour lui, lorsque nous aimons, c'est toute la personne qui est concernée et non uniquement une seule partie d'elle-même. Cependant cet amour avant de devenir global origine souvent, sinon le plus souvent, d'un ou de plusieurs caractéristiques de la personne aimée et tout se passe alors comme si cette partie (ou ces parties) d'elle-même finissait par l'emporter sur ses défauts qui deviennent alors difficiles à percevoir. D'ailleurs ne dit-on pas souvent que l'amour est aveugle.

Le besoin d'un rapprochement ou d'une intimité étendue, chaleureuse, rassurante est profondément imprégné chez les êtres humains. L'affection a plusieurs degrés, de la camaraderie à l'amitié et aux formes les plus intenses de l'amour, mais ils ont tous rapport au contact "touchant" (affectivement émouvant). Ils semblent tous indiquer ou présupposer que la personnalité entière est un être physique et émotif. Nous pouvons faire une appréciation sélective: nous pouvons appuyer et supporter une certaine qualité, un acte ou une caractéristique, soit d'une personne, soit d'un groupe. Mais nous ne pouvons choisir d'écarter de l'affection. Nous ne pouvons faire preuve d'affection envers un groupe et nous ne pouvons être affectueux sur un certain aspect d'une autre personne. Nous ne ressentons et n'exprimons d'affection qu'envers

la personne entière et nous le lui indiquons en la touchant ou en lui permettant de s'approcher de nous par d'autres moyens. C'est pour cela que l'amour et l'affection sont "aveugles": peu importe les qualités agaçantes ou les fautes d'une personne, nous nous comportons de façon affectueuse envers elle jusqu'à ce que ses fautes deviennent prépondérantes ou s'additionnent jusqu'à former une impression nettement négative (...) Ainsi, un des besoins que le comportement affectueux satisfait est notre besoin très profond de nous sentir uns, de nous percevoir comme des êtres uniques et entiers. ¹

Mélanie Klein fait aussi mention de ce sentiment de reconnaissance par l'autre lorsque nous nous sentons aimés.

"La plupart des gens, particulièrement dans le mariage, institution comportant des responsabilités et des obligations mutuelles, éprouvent le sentiment que le partenaire sexuel reconnaît - donc prouve - cette prépondérance du bon sur le mauvais que nous recherchons tous et de laquelle dépend la paix de notre esprit. ²"

Si nous distinguons et valorisons une personne en l'aimant, en la reconnaissant comme bonne et valable cette personne, si elle nous aime en retour, nous fera connaître à notre tour un sentiment semblable étant donné que nous serons alors considéré,

-
1. Harold Bessell, Le développement socio-affectif de l'enfant, Québec, Les Éditions de l'Institut de développement humain, 1975, p. 200-201.
 2. Mélanie Klein et Joan Riviere, L'Amour et la haine, Paris, Payot, 1968, p. 61.

distingué, reconnu par une personne que nous considérons comme valable et de qualité ce qui alors devient flatteur et enrichissant pour notre égo. Nous quittons alors notre solitude pour devenir quelqu'un sortant de la masse anonyme.

2^o Condition:

Il faut s'aimer pour être capable d'aimer. Il faut avoir été soi-même aimé pour en arriver à être capable de s'aimer soi-même et d'aimer les autres. C'est comme si l'amour était contagieux.

En ce qui concerne la possibilité de maintenir un lien affectif ou amoureux d'une façon durable, la plupart des auteurs s'entendent au sujet du fait que ce qui leur paraît le plus important est la capacité de reconnaître l'autre comme une personne distincte ayant ses propres besoins et valeurs qu'il faut respecter. C'est cette capacité d'accepter et de respecter les différences de l'autre qui permet une union durable car il ne suffit pas d'être capable d'établir une bonne relation avec l'autre mais il faut aussi la maintenir. Cependant, cette capacité de tolérance et d'acceptation exige que les deux partenaires soient d'abord en communication avec eux-mêmes avant de pouvoir l'être avec l'autre. En d'autres mots chacun doit se connaître et se laisser connaître tel qu'il est à l'autre. Ceci ne peut s'obtenir que dans un climat d'acceptation mais est indispensable au maintien d'une communication claire et authentique. Pour être capable d'accepter l'autre tel qu'il est il faut d'abord être capable de s'accepter soi-même et pour s'accepter il faut d'abord se connaître c'est-à-dire être en contact avec soi, avec ses valeurs, ses sentiments et ses émotions.

"En conclusion, une bonne relation avec nous-mêmes est l'une des conditions pour témoigner aux autres amour, tolérance et sagesse. 1"

Fromm souligne l'importance du lien entre l'art d'aimer et la force intérieure, l'amour de soi-même et la créativité ainsi que la production personnelle. Dans ce sens l'amour ne peut pas être véritablement une illusion. Il y aurait illusion lorsque les gens qui s'unissent se jouent en quelque sorte la comédie en ne se révélant pas comme ils sont vraiment, en évitant donc d'être transparents.

Sidney Jourard émet l'hypothèse que l'homme peut être plus sain, vivre plus pleinement sa vie et être plus utile aux autres s'il acquiert le courage d'être vrai avec les autres. Dissimuler ses sentiments et ses pensées empêche les relations vraiment intimes et va même jusqu'à provoquer des maladies émotionnelles. Reich insiste sur le fait que de nombreux couples sont, à toute fin pratique, unis sous de fausses représentations et qu'une mise à jour d'une telle situation, comme par exemple au moyen d'une psychothérapie, risque de détruire leur union à tout jamais.

C'est pourquoi le traitement des névroses, balayant les illusions et mettant à nu la vérité des situations est susceptible de détruire les liens conjugaux et familiaux. 2

1. Erich Fromm, L'Art d'aimer, Paris, Epi, 1968, p. 149.

2. Wilhelm Reich, La révolution sexuelle, Paris, 10/18, Plon, 1970, p. 134.

On voit donc aisément l'importance d'être en communication avec soi-même, d'être vrai, authentique avec soi et avec les autres pour éviter d'entrer dans une relation amoureuse ou l'amour ne serait vraiment alors qu'illusion. Il y a illusion lorsque nous ne sommes pas nous-mêmes, lorsque nous jouons la comédie avec nous et avec les autres. Pour sa part, Virginia Satir fait ressortir l'importance pour le couple de maintenir constamment une communication claire de façon à éviter le message à double niveau.

Je nomme "contradictoire" (discrepancy) cette interaction insatisfaisante. Elle peut aisément être résolue, si les personnes sont capables d'être explicites. ¹

L'AMOUR EST NECESSAIRE A L'ÉVOLUTION DE L'HOMME

L'amour caractérise la nature humaine. La religion chrétienne fait même de l'amour une finalité de la personne humaine. Le Christ a même dit que toute la loi se résumait dans: "Aimes ton Dieu et aimes ton prochain comme toi-même". L'amour semble même être un élément indispensable dans le processus évolutif de l'être humain. Lorenz ainsi que Bessell ont même avancé l'hypothèse que l'amitié et l'amour peuvent être perçues comme étant une façon, pour l'humain, d'utiliser ses énergies à travers ses sentiments (dont l'agressivité) dans la préservation de l'espèce et de la faire progresser vers un mieux-être. L'amitié tout comme l'amour sont ainsi perçus comme une façon pour l'homme d'utiliser ses sentiments, même ceux qui semblent a priori destructeurs,

1. Virginia Satir, Thérapie du couple et de la famille, Paris, Épi, 1971, p. 56.

par exemple l'agressivité, comme jouant un rôle important dans la préservation de l'espèce et comme moyen de faire évoluer l'espèce vers un état de mieux-être ou de perfectionnement.

L'agression intraspécifique est plus ancienne de millions d'années que l'amitié personnelle et l'amour. Pendant de longues époques de l'histoire de la terre, il doit y avoir eu des animaux extrêmement méchants et agressifs (...) Il existe donc bien une agression intraspécifique sans son antipode, l'amour. Mais à l'inverse, il n'y a pas d'amour sans agression. ¹

Pour Lorenz, l'amitié ou l'amour est un moyen contribuant et étant même nécessaire à la préservation de l'espèce et prévu dans un programme évolutionniste. Pour lui il n'y a pas d'amour possible sans agressivité.

La formation de bandes anonymes et l'amitié personnelle s'excluent et ceci parce que cette dernière se trouve - chose bizarre - toujours étroitement liée au comportement agressif. Nous ne connaissons pas un seul être capable d'amitié personnelle mais exempt d'agressivité. ²

Plus loin, Lorenz laisse même entendre que l'homme appartient peut-être à l'espèce la plus agressive.

1. Conrad Lorenz, L'agression, une histoire naturelle du mal, Paris, Flammarion, 1969, p. 232.

2. Ibid., op. cit., p. 163

Le lien personnel, l'amitié individuelle se trouvent uniquement chez des animaux dont l'agressivité intra-spécifique est très développée. Le lien est même d'autant plus ferme que l'espèce est plus agressive. ¹

Bessell rejoint Lorenz lorsqu'il traite de l'agression interpersonnelle.

Ici aussi, comme nous le savons tous, la conduite agressive est universellement dominante. Et ici aussi, si l'hypothèse de la théorie de l'évolution est exacte, il doit y avoir quelque part là-dedans une certaine pertinence de protection de la vie, de développement de la vie ou de conservation de l'espèce. ²

AMOUR ET VALEURS CHRETIENNES

Le Christ a atteint la Vie en transcendant la mort. L'homme atteindra peut-être l'Amour en transcendant l'agressivité. Comme condition essentielle à l'amour de Dieu il faut que le chrétien reconnaisse, en premier lieu, sa faiblesse humaine; il s'agit d'un acte d'humilité face au Dieu Tout-Puissant. L'orgueil étant considéré comme étant le contraire de la vertu d'humilité il devient ainsi le péché le plus grave face à Dieu car il s'agit alors d'un affront fait à Dieu, sinon d'un rejet pur et simple de Dieu. Le Christ a d'ailleurs dit que pour l'homme tous les péchés pourront être pardonnés à l'exception de celui fait à l'Esprit Saint donc à Dieu lui-même. L'homme

1. Conrad Lorenz, op. cit. p. 231.

2. Harold Bessell, op. cit. p. 203.

en refusant Dieu commet donc un acte d'orgueil à son endroit car alors en prétendant pouvant se passer de Lui, il se hisse donc en quelque sorte à son niveau (le raisonnement étant: si je refuse de croire en Dieu c'est que je n'en ressens pas le besoin et si je n'en ressens pas le besoin c'est que j'ai suffisamment confiance en mes capacités pour évoluer sans Lui). Donc en refusant cet amour de Dieu l'homme reconnaît qu'il ne ressent pas alors ce vide en lui, cette faiblesse qui rend l'humilité possible. La véritable humilité pour le chrétien c'est de reconnaître qu'il n'est rien sans Dieu et que par contre il ^{me}devient pleinement humain qu'en Lui c'est-à-dire en partageant sa force et sa gloire donc sa puissance. L'amour de Dieu vient combler le vide, le sentiment de faiblesse. Etrangement, cette forme de l'amour divin rejoint la pensée de Reicke quand il décrit l'amour entre un homme et une femme, particulièrement l'amour passionné ou l'un est complètement rempli de l'autre qui vient en quelque sorte combler un vide causé par un profond sentiment de non être ou de non valeur.

BIBLIOGRAPHIE

BESSELL, Harold

Le Développement socio-affectif
de l'enfant, Québec, Les Editions
de l'Institut de développement
humain, 1975, 251 p.

CHAUCHARD, Paul

Notre besoin d'amour, pourquoi
aimer, comment aimer?, Paris,
Murlhouse, 1965, 182 p.

FROMM, Erich

L'art d'aimer, Paris, Epi, 1968.

GORDON, Thomas

Parents efficaces, Montréal,
Editions du Jour, 1977, 445 p.

JOURARD, Sidney

La transparence de soi, Québec,
Editions St Yves, 1972.

KLEIN, Melanie et
RIVIERE, Joan

L'amour et la haine, Paris,
Petite bibliothèque Payot, 1968,
155 p.

- LORENZ, Conrad L'agression, Paris, Flammarion,
1969, 314 p.
- MASTERS & JOHNSON Psychanalyse d'un couple, Paris,
Production de Paris N.O.E., 1972,
188 p.
- REICH, Wilhelm La révolution sexuelle, Paris,
10/18 Plon, 1970, 384 p.
- ROGERS, Carl, R. Le développement de la personne,
Paris, Dunod, 1966.
- ROGERS, Carl, R. Psychothérapie et relations humaines,
Montréal, Institut de recherches
psychologiques, 1966.
- SATIR, Virginia Thérapie du couple et de la famille,
Paris, Epi, 1971, 256 p.
- SCHOPENHAUR, Métaphysique de l'amour, métaphy-
sique de la mort, Paris, Union
générale d'Édition, 1964, 181 p.

INTERÊT SEXUEL

INTÉRÊT SEXUEL

Il s'agit tout simplement d'un état conscient de réceptivité et de disponibilité érotiques. L'intérêt érotique est beaucoup plus une attitude d'ouverture à l'activité sexuelle que le désir de l'activité elle-même. Quelqu'un peut manifester un intérêt érotique même s'il n'a aucune activité sexuelle. L'intérêt est toujours préalable au désir qui lui n'est pas toujours préalable à l'excitation ou à l'orgasme. Tant qu'à la satisfaction sexuelle elle peut exister même lorsque l'orgasme est complètement absent d'une activité sexuelle. La satisfaction n'est pas dépendante du plaisir physique comme tel. Donc l'absence d'intérêt sexuel n'empêche pas obligatoirement la capacité excitatoire et orgasmique ni même la capacité d'atteindre pleinement à la satisfaction à la suite d'une activité sexuelle. L'intérêt sexuel est toujours plus ou moins conscientisé.

L'absence d'un intérêt érotique peut résulter d'un renoncement volontaire comme il peut provenir de peurs conscientes ou inconscientes. Une expérience sexuelle décevante peut aussi être à l'origine d'un manque d'intérêt érotique. La plupart du temps un manque d'intérêt sexuel relève d'une cause d'origine psychologique. Toutefois un trouble organique peut aussi en être la cause. Il est évident que l'attitude d'une personne face à la sexualité détermine son intérêt (ou manque d'intérêt) face à l'activité sexuelle. Une personne qui vit constamment des expériences sexuelles négatives peut graduellement voir son intérêt érotique remplacé par de l'indifférence.

ROBERT LABERGE, 1e 12 août 1982

CODIFICATION ÉROTIQUE

Il s'agit de la forme particulière propre à chaque personne dans le choix sélectif de partenaires éventuels. Le désir érotique s'alimente à partir de ce mécanisme de codification. Il s'agit d'un mécanisme cognitif de reconnaissance des partenaires érotiquement éligibles. Chez l'homme l'aspect visuel prend plus de place que chez la femme en ce qui concerne ce processus. Chez la femme, la codification s'exprime d'une façon beaucoup plus globale et diffuse. La femme a tendance à codifier l'objet de son choix beaucoup plus globalement, en tant que totalité. A partir de ces observations on peut dire que le désir de la femme ne s'élabore pas tout à fait de la même façon que chez l'homme. Chez l'homme la visualisation et l'imaginaire prennent beaucoup d'importance et les images sont souvent découpées et localisées sur une partie spécifique du corps, comme par exemple, les seins, les cuisses, etc..

La société suggère un modèle physique qu'elle présente comme idéal et ce autant en ce qui concerne l'homme que la femme. Cependant les possibilités au niveau de la codification sont pratiquement inépuisables et illimitées donc les modèles culturels proposés sont loin d'être les seuls retenus. Par exemple notre culture codifie actuellement les femmes plutôt élancées, minces et possédant de petits seins ce qui n'empêche certains hommes de préférer des femmes petites ou fortes. Ici l'expression populaire "Tous les goûts sont dans la nature" prend tout son sens. La codification érotique est relative et variable dans le temps et ce autant pour une culture que pour un individu. Par exemple, dans les années cinquantes

les femmes aux seins volumineux étaient érotiquement codifiées dans notre société. Il est évident que la codification joue un rôle primordial dans l'intérêt sexuel et peut même aller jusqu'à favoriser (ou non) l'investissement émotionnel dans la relation. On peut considérer le mécanisme de codification érotique comme étant une variable de l'intérêt érotique dont il peut être difficilement détaché. Une absence de codification signifie souvent une absence d'intérêt.

Il est actuellement difficile d'expliquer les fondements de l'attraction érotique différentielle car ce domaine de la sexologie moderne n'a pas encore fait l'objet de recherches très poussées. La codification ne concerne pas que les seules personnes mais encore des émotions, des situations et même des objets peuvent aussi être codifiés. Finalement tout réside dans l'étiquetage érotique ou non érotique attribué à la personne, l'émotion, la situation ou l'objet. En ce qui a trait à l'émotion, par exemple, sa véritable nature importe peu en autant qu'elle soit codifiée érotique par la personne concernée. Des émotions aussi différentes que l'étonnement, la surprise, la peur, l'admiration, l'insécurité, etc. peuvent suffire à déclencher l'intérêt sexuel si la codification de cette émotion est érotique. La codification n'est pas nécessairement permanente et ce qui était antérieurement considéré comme étant érotique peut ensuite être décodé jusqu'à ce que l'intérêt sexuel soit entièrement disparu. L'expérience thérapeutique démontre que lorsqu'une personne antérieurement codée comme étant érotique est par la suite décodée jusqu'à disparition de l'intérêt sexuel il devient ensuite très difficile pour son (ou sa) partenaire de réinvestir de nouveau de l'intérêt sexuel envers cette même personne.

DESIR SEXUEL

Tout désir érotique découle d'un intérêt et d'un mécanisme de codification érotique. Il s'agit d'un état psycho-affectif provoqué par l'actualisation de l'intérêt érotique. L'imaginaire érotique (fantasmes) joue un rôle de première importance dans l'alimentation du désir. Un imaginaire érotique pauvre correspond souvent à un manque de désir.

Le désir (tout comme l'intérêt et la satisfaction) est en quelque sorte un état intra-psychique (véritable zone érogène intra-psychique) relevant essentiellement des centres corticaux supérieurs. Quoique le désir soit susceptible de faciliter le passage aux phases de l'excitation et de l'orgasme lors de l'acte sexuel il n'en représente pas un prérequis pour autant. L'excitation et l'orgasme dépendant à la fois des centres neurologiques inférieurs et supérieurs c'est pourquoi il ne faut pas se surprendre du fait qu'une personne puisse accéder à l'excitation et même à l'orgasme sans avoir préalablement manifesté le moindre intérêt ou désir. L'incompréhensible culpabilité souvent ressentie par des femmes ayant été violées trouve peut-être ici une explication en ce sens qu'elles s'attribuent faussement la responsabilité d'une sensation d'excitation et peut-être même d'un orgasme malgré un manque total d'intérêt et même de désir d'où la confusion qu'elles peuvent ressentir.

Les données endocrinologiques modernes montrent clairement que la libido est grandement influencée (aussi bien chez la femme que chez l'homme) par la présence d'androgènes dans l'organisme. Ainsi, lorsqu'on fait l'ablation du cortex surrénalien (source majeure de sécrétions androgéniques chez la femme) il s'ensuit

généralement une baisse marquée de l'appétit sexuel sinon une perte totale de désir. Même si les recherches prouvent que la sexualité féminine repose indubitablement sur certains déterminismes biologiques il ne faut toutefois pas en exagérer l'importance. Par exemple, une femme peut bien n'avoir aucun désir sexuel sans pour autant manifester une insuffisance androgéniques. D'autres facteurs peuvent intervenir et la plupart du temps ces facteurs sont d'ordre psycho-affectif. Dans l'ensemble, les déterminismes biologiques sont secondaires par rapport aux déterminismes psychologiques.

Selon la plupart des recherches le désir subjectif de la femme atteint un point culminant lors de la période périmenstruelle c'est-à-dire juste avant, pendant ou juste après la période de menstruation. Par ailleurs, c'est aux alentours de la phase ovulatoire que les relations coïtales sont plus fréquentes (chez les femmes n'utilisant pas les pilules anovulantes). Le premier résultat provient de témoignages de femmes alors que le second provient de faits statistiques.

PLAISIR ÉROTIQUE

"Le plaisir est une sensation subjective qui relève des centres corticaux supérieurs. Ainsi, même si l'on reconnaît l'existence chez la femme de types d'orgasmes physiologiquement distincts, cela ne veut pas dire pour autant que chacun de ces orgasmes est accompagné d'une forme spécifique de plaisir. Même si la sensation de plaisir part d'une zone corporelle différente (vulve, vagin ou utérus), elle n'est pas nécessairement de nature différente. Bien sûr, la sensation de plaisir peut varier en intensité. Mais encore là, il est peu probable que cela soit dû uniquement à la nature de la réponse physiologique. L'intensité et la nature du plaisir orgasmique sont davantage reliées à des facteurs d'origine psychologique comme par exemple le degré d'engagement affectif et le degré d'implication dans le vécu de la rencontre sexuelle." (Claude Crépault et Jean-Yves Desjardins, La Complémentarité érotique, Montréal, Novacom, 1978, p. 63-64).

"En effet chacun accepte maintenant la notion de recherche du plaisir introduite par Freud. C'est-à-dire que l'être humain, enfant ou adulte, tout comme l'animal, est mû par la recherche du plaisir. C'est un comportement déterminé et il est courant aussi d'observer que, au cours d'une passion, un amant puisse être aveuglément soumis à l'objet aimé. C'est ainsi qu'un adulte passionné a un comportement comparable, dans une certaine mesure, à celui du nouveau-né, ou du jeune enfant.

Peut-on en déduire que le stade oral est le premier stade de la sexualité infantile? Il semble plus communément admis que

le stade oral ou de recherche du plaisir est le premier stade de l'évolution affective de l'être humain et que ce dernier est très démuni devant les débordements de la passion s'il n'a pas fait auparavant l'effort de prendre conscience de ce comportement déterminé en nous." (Marie-Josèphe Chopin, La Vie sexuelle, Paris, P.U.F., "Que Sais-je?", 1982, p. 122-123).

SATISFACTION ÉROTIQUE

Il s'agit d'un état psycho-affectif de bien-être intérieur plus ou moins intense et variable tant qu'à la durée. La satisfaction n'est pas nécessairement reliée au plaisir physique et/ou à l'orgasme. La subjectivité joue un rôle important dans l'obtention de la satisfaction et la qualité du lien émotionnel entre les partenaires semble déterminant, du moins beaucoup plus important que la décharge orgasmique elle-même. La satisfaction est souvent ressentie comme un sentiment de fusion-affective avec le ou la partenaire à travers un abandon total dans le vécu de l'activité sexuelle. (Crépault et Tordjman, 1976; Crépault, 1977).

La satisfaction n'est absolument pas dépendante de l'orgasme. Par exemple, certaines femmes peuvent obtenir plusieurs orgasmes consécutifs et se déclarer insatisfaites alors que d'autres pourront ressentir un haut niveau de satisfaction après un seul orgasme ou même sans orgasme du tout. (Robertiello, 1970; Wallin, 1960).

En outre, la satisfaction dépend d'un ensemble complexe de facteurs et particulièrement en ce qui a trait à la femme, la qualité du contexte global des activités sexuelles influencera souvent la qualité de la satisfaction. Il est bien évident que le sentiment amoureux peut favoriser l'obtention de la satisfaction. D'ailleurs nombreuses sont les femmes qui trouveront infiniment plus satisfaisant un seul rapprochement corporel avec l'être aimé que l'obtention de multiples orgasmes avec des partenaires envers lesquels elles ne se sentent pas

vraiment impliquées émotionnellement. Ce qui n'empêchera nullement certaines femmes d'obtenir une satisfaction passagère à la suite d'une rencontre d'un soir avec un homme pour qui elles ne ressentent rien d'autre qu'un attrait purement physique. La satisfaction est vraiment le lieu de la subjectivité et ne s'obtient pas à partir de règles précises.

La satisfaction comporte des degrés pouvant aller d'une simple impression de bien-être jusqu'à un sentiment de plénitude. De plus la satisfaction ne peut être que très momentanée comme elle peut s'étendre à une ou même plusieurs journées. Face à ces considérations, l'homme aurait sans doute intérêt à se demander si l'obtention de l'orgasme est vraiment le seul critère susceptible de combler la femme. L'expérience thérapeutique indique que beaucoup de femmes orgasmiques sont profondément insatisfaites de leur vie sexuelle, alors que de nombreuses autres peu ou pas orgasmiques se disent satisfaites de leur vie sexuelle. (Crépault et Desjardins, 1976)